



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

**DOENTES, POBRES OU MENDIGOS? A PRÁTICA DE PEDIR
ESMOLA NA CASA DE SAÚDE DE S. JOSÉ.**

II Ciclo de Estudos em Serviço Social

Ana Lúcia Moreira Araújo

Orientadora
Professora Doutora Alexandra Esteves

Braga, 2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

**DOENTES, POBRES OU MENDIGOS? A PRÁTICA DE PEDIR
ESMOLA NA CASA DE SAÚDE DE S. JOSÉ.**

II Ciclo de Estudos em Serviço Social

Ana Lúcia Moreira Araújo

Orientadora
Professora Doutora Alexandra Esteves

Braga, 2015



DECLARAÇÃO DE HONRA

Entrega de dissertação ou relatório

Ana Lúcia Moreira Araújo, número: 232813075 do II Ciclo de Estudos em Serviço Social, declara por sua honra que o trabalho apresentado é de sua exclusiva autoria, é original, e todas as fontes utilizadas estão devidamente citadas e referenciadas, que tem conhecimento das normas e regulamentos em vigor¹ na Faculdade de Ciências Sociais e que tem consciência de que a prática voluntária de plágio, auto-plágio, cópia e permissão de cópia por outros constituem fraude académica.

Braga, 2015

(assinatura)

¹ **Artigo 13º do Regulamento de Avaliação** **Fraude**

1. A fraude em qualquer prova de avaliação implica uma classificação final de zero valores e impedirá o aluno de se apresentar a qualquer forma de avaliação na mesma unidade curricular na mesma época de exames em que a fraude ocorreu.
2. A ocorrência de fraude terá de ser comunicada, pelo docente responsável pela avaliação e respectivo vigilante, à Direcção da Faculdade com especificação das seguintes informações: tipo de prova de avaliação, data, nome e número do aluno em causa e descrição sumária da ocorrência anexando eventuais comprovativos da fraude.
3. A ocorrência destas fraudes será objecto de averbamento no processo do aluno.

*À minha mãe, por nunca desistir de mim
e me fazer lutar até ao fim.
Ao meu Pai, que me ensinou a acreditar
que a gente só consegue brilhar, se lutar.
À Sara, por ter sido paciente
e mostrar sempre um ar sorridente.
Ao Fábio, por me incentivar,
encorajar e amar.*

Agradecimentos

Neste momento, que se revela de singular importância para mim, quero agradecer a todos os que, direta ou indiretamente, me apoiaram durante a realização deste trabalho de investigação.

À Professora Doutora Alexandra Esteves, orientadora desta dissertação, expresso o meu profundo agradecimento pelo apoio, disponibilidade, cordialidade, simpatia e amizade que sempre demonstrou para comigo. Obrigada pela partilha constante de conhecimentos, pelo estímulo à reflexão, pelas palavras de motivação e encorajamento. Obrigada por confiar em mim e por me incentivar a ir sempre mais além. Obrigada por nunca, em momento algum, desistir de mim.

Ao Dr. Luís Daniel, diretor da Casa de Saúde de S. José, por me acolher e ajudar na concretização desta investigação. Agradeço, de igual forma, a todos os funcionários da instituição que se envolveram no meu estudo.

Aos utentes da Casa de Saúde de S. José por partilharem comigo as suas experiências e histórias de vida. Sem vocês, esta investigação não teria sido possível.

À minha mãe, a quem devo a realização deste trabalho, pelo seu permanente apoio, expresso em dois anos de paciência e sacrifício. Obrigada por teres suportado o meu nervosismo e as minhas más disposições. Não sei se um dia poderei agradecer tudo o quanto tens feito por mim.

Ao meu pai, que me acompanha todos os dias para onde vou. Não te vejo, não te sinto, mas sei que tens estado presente em todos os momentos da minha vida. Sei que estás feliz por mim. És para sempre parte de mim, sou para sempre parte de ti.

À minha irmã Sara, pelo apoio, carinho e compreensão. Obrigada por desligares a televisão sempre que te pedia, por colocares a música mais baixa, por deixares a sala

só para mim. Obrigada por tudo pequena grande mulher.

Ao meu namorado e amigo Fábio Amorim, pelo orgulho que demonstra ter em mim. Obrigada por me apoiares e incentivares. Obrigado pelas palavras de alento, pela calma e serenidade que sempre me transmites-te. Acima de tudo, obrigada por me amares de forma incondicional e verdadeira.

À minha família, em especial à minha prima Lai, que se mostrou sempre disponível para me ajudar. Obrigada por teres tirado parte do teu tempo e me teres dado parte de ti.

Aos meus amigos, particularmente à Marta e à Donzília. Acompanharam-me sempre nesta longa e árdua viagem. Obrigada por compreenderem as minhas ausências, obrigada pelo vosso apoio e espírito de entreaajuda.

Finalmente, agradeço a Deus por me reservar saúde e proteção, e por me cercar de tantas pessoas maravilhosas.

Resumo

O presente estudo foi desenvolvido na Casa de Saúde de S. José em Areias de Vilar, concelho de Barcelos e distrito de Braga. Esta investigação teve como principal objetivo estudar a evolução da doença mental, bem como o facto dos doentes mentais pedirem dinheiro a terceiros.

A loucura foi, ao longo dos tempos, alvo de muitos entendimentos. Até ao século XVIII, a doença mental esteve associada a ideias sobrenaturais, forças e razões de natureza mística. Com o aparecimento do Iluminismo e das ideias que saíram da Revolução Francesa, iniciou-se um processo de humanização da loucura. Assim, as infra-estruturas de apoio aos doentes mentais, bem como as equipas médicas tornaram-se cada vez melhores.

Em Portugal, os avanços clínicos na área da doença mental surgiram essencialmente no século XIX e na primeira metade do século XX. Estes séculos marcaram o aparecimento dos hospitais psiquiátricos no nosso país, bem como de algumas leis de saúde mental.

As doenças psiquiátricas têm vindo, por isso, a ser alvo de diversas transformações, que vão contribuindo para melhorar o bem-estar do doente mental.

Palavras-Chave: Doença Mental; Doente; Dinheiro; Casa de Saúde de S. José.

Abstract

This research was developed in St. Joseph Home Health Care, in Areias de Vilar, which belongs to the county of Barcelos and it's in the district of Braga. The main aim of this investigation was to study the development of the mental disease as well as the fact that the people who suffer from this illness ask for money to people they see in the streets.

Throughout time madness had different approaches. Until the 18th century mental disease was associated to supernatural ideas, strengths and reasons of mystical nature. With the emergence of Enlightenment and the ideas that came out of the French revolution, the humanization of madness started all over the world. Thus, health care homes to support and take care of patients as well as medical staff improved.

In Portugal the clinical progresses in mental disease emerged especially in the 19th century and in the second half of the 20th century. These centuries determined the appearance of psychiatric hospitals in our country and the establishment of mental diseases laws.

In Portugal the clinical progresses in mental disease emerged especially in the 19th century and in the second half of the 20th century. These centuries determined the appearance of psychiatric hospitals in our country and the establishment of mental diseases laws.

Psychiatric diseases have been the target of several changes, which have helped to improve the well-being of the mental patient.

Keywords: Mental Disease; Patient; Money; St. Joseph Home Health Care

ÍNDICE

Índice de Figuras.....	x
Índice de Gráficos.....	xi
Índice de Abreviaturas.....	xii
Glossário.....	xiii
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I CONCEITOS DE SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL	
1. Conceitos de saúde mental doença mental.....	19
CAPÍTULO II PERSPETIVA HISTÓRICA DA LOUCURA	
1. História da loucura na Antiguidade Clássica	24
2. História da loucura da Idade Média até à primeira metade do século XX.....	26
3. História da Loucura no Pós Segunda Guerra Mundial	36
CAPÍTULO III HISTÓRIA DA LOUCURA EM PORTUGAL	
1. A loucura em Portugal.....	40
CAPÍTULO IV AS ORDENS RELIGIOSAS ENQUANTO PROMOTORAS DE SAÚDE MENTAL	
1. Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.....	64
2. Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.....	77
CAPÍTULO V REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	
1. Reabilitação Psicossocial	80
CAPÍTULO VI METODOLOGIA	
1. Enquadramento Metodológico.....	85
CAPÍTULO VII CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DOS INTERVENIENTES	
1. Caracterização da instituição.....	89
2. Caracterização dos utentes e profissionais.....	91
CAPÍTULO VIII ANÁLISE DE CONTEÚDO	
1. O contexto institucional	96
2. A família no processo de recuperação do utente.....	99
3. A prática de pedir esmola.....	101
CONCLUSÃO	106
BIBLIOGRAFIA	109

LEGISLAÇÃO.....	117
ANEXOS	120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Quarto Forte	47
Figura 2 Alienado preso ao “berço”	47
Figura 3 Cadeira Forte.....	48
Figura 4 Cadeira Forte, coleira, camisa-de-força e laços.....	48
Figura 5 Babeiro ou Peitilho de Sola	50
Figura 6 Laços para conter os alienados	50
Figura 7 Refeitório dos doentes não agitados	54
Figura 8 Refeitório dos doentes agitados.....	54
Figura 9 Casa de Saúde de S. José.....	89
Figura 10 Sala de estar.....	90
Figura 11 Refeitório.....	90
Figura 12 Hipoterapia.....	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Naturalidade dos utentes entrevistados da Casa de Saúde de S. José	92
Gráfico 2 Idade dos utentes entrevistados da Casa de Saúde de S. José	93
Gráfico 3 Patologia dos utentes entrevistados da Casa de Saúde de S. José	94

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
OHSJD	Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

GLOSSÁRIO

Barbitúrico: O barbitúrico resulta da união do ácido malónico com a ureia, dando a origem a substâncias para uso terapêutico.

Diatermia: Método terapêutico que consiste em aplicar o calor produzido por uma corrente elétrica de alta amperagem e baixa tensão.

Insulinoterapia: Método medicinal utilizado para tratar doenças através da insulina.

Malarioterapia: Método terapêutico que consistia em tratar várias doenças através da inoculação de organismos maláricos.

Organoterapia: Método terapêutico que consiste em tratar uma doença através da utilização de extratos de órgãos, tecidos, e especialmente glândulas hormonais.

Paraldeído: Líquido claro utilizado por via oral, retal ou parentérica, como hipnótico ou anestésico.

Seroterapia: Tratamento de doenças através da administração de soro.

Hidroterapia: Método terapêutico que compreende o tratamento de enfermidades através da água.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação decorreu na Casa de Saúde de S. José em Areias de Vilar, concelho de Barcelos e distrito de Braga.

Com este estudo, pretendemos compreender a evolução da doença mental, bem como o porquê dos doentes mentais pedirem dinheiro a terceiros.

A evolução histórica que abordaremos, no decorrer do nosso trabalho, irá demonstrar que a loucura foi, ao longo dos tempos, alvo de muitos entendimentos. Até aos finais do século XVIII, a doença mental esteve associada a ideias sobrenaturais, forças e razões de natureza mística. Por isso, segundo Oliveira (2002), acreditava-se que as pessoas enfermas estavam possuídas por espíritos malignos.

Apenas nos finais do século XVIII se alterou a forma de pensar, cuidar e tratar o *perturbado* da mente. O Iluminismo e as ideias de um novo espírito humanitário, que saíram da Revolução Francesa, influenciaram o pensamento do mundo civilizado (Alves, 2001 & Hespanha, et al., 2012).

Assim, assistiu-se a alterações clínicas, as quais romperam com alguns tratamentos intensos a que os doentes mentais estavam submetidos. De acordo com Rosen (1968), médicos como William Tuke e Philippe Pinel foram preponderantes, naquela altura, na medida em que inovaram alguns tratamentos. O clínico William Tuke introduziu um projeto baseado no senso comum e no Cristianismo, o qual proporcionou ao paciente um ambiente mais familiar. Por sua vez, Philippe Pinel adotou o denominado tratamento moral, que pretendia tratar o enfermo com respeito e dignidade. Para além disso, após ter sido convidado para se encarregar do funcionamento de Bicêtre, libertou, em 1793, os loucos que estavam presos às correntes daquele estabelecimento.

Além das alterações clínicas, a reforma de assistência aos doentes ficou, também, marcada pela fundação de asilos. O movimento para a criação destas instituições começou a expandir-se na primeira metade do século XIX, na Europa e na América do Norte. Para o crescimento destes estabelecimentos, contou muito a convicção dos médicos de que a doença mental era curável.

À medida que os séculos foram passando, os médicos alteraram, como constataremos ao longo do nosso trabalho, a forma de tratar os doentes mentais.

Este trabalho pretende, assim, analisar a evolução da doença mental, bem como o impacto que esta tem no quotidiano do utente. É fundamental percebermos o porquê do fenómeno social, que pretendemos estudar, ter acompanhado este desenvolvimento.

Desta forma, para compreendermos melhor a problemática que pretendemos estudar, dividimos a nossa investigação em oito capítulos.

O primeiro capítulo incide nos conceitos de saúde e doença mental, mais propriamente na diferença entre ambos. Verificamos que embora sejam conceitos que se interliguem, não são iguais. A doença mental está associada às perturbações mentais do indivíduo. Estas, por sua vez, condicionam a sua saúde mental, na medida em que afetam o seu bem-estar. Para que haja saúde mental, é necessário que todas as dimensões que fazem parte do meio envolvente do indivíduo, nomeadamente a social, a psicológica e a económica estejam equilibradas (Fazenda, 2008).

No segundo capítulo do nosso trabalho, abordamos a perspetiva histórica da loucura. Este capítulo é preponderante na nossa investigação, uma vez que nos dará conta da evolução da doença mental ao longo dos séculos.

O terceiro capítulo faz referência à história da loucura em Portugal, no século XIX e na primeira metade do século XX. Durante, praticamente, toda a metade do século XIX, os doentes mentais eram recebidos nos hospitais gerais e nas cadeias, não

existindo, no nosso país, instalações adequadas para cuidar destes indivíduos. Apenas no ano de 1848 se assistiu à criação do primeiro hospital psiquiátrico, o hospital de Rilhafoles. Durante muitos anos, este foi o único hospital especializado para os doentes mentais. Apenas, nos finais do século XIX, em 1883, foi inaugurado o hospital Conde de Ferreira, tendo sido o seu primeiro diretor António Maria de Sena. O início do século XX fica, também, marcado pela criação de dois importantes hospitais, nomeadamente o hospital Júlio de Matos e o hospital Sobral Cid.

No quarto capítulo do nosso estudo, fazemos alusão às ordens religiosas, enquanto promotoras da saúde mental, especialmente à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. A Casa de Saúde de S. José, onde desenvolvemos a nossa investigação, é uma das muitas casas que se encontra vinculada à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. Por isso, é importante conhecer a história desta comunidade religiosa.

O quinto capítulo aborda a importância do processo de reabilitação psicossocial. Este visa, segundo Carvalho (2013), a integração social do utente na comunidade. Por isso, a família é, na opinião de Alves (2001), indispensável neste processo.

Por sua vez, o sexto capítulo incide sobre o quadro metodológico. Neste, descrevemos os instrumentos que utilizámos no nosso estudo, bem como o processo necessário para a sua concretização.

No nosso entender, a metodologia qualitativa é a mais indicada para a nossa investigação, uma vez que, segundo Flick (2005), esta é particularmente importante quando se pretende estudar as relações e os fenómenos sociais, como é o caso do nosso estudo. Tendo em conta a metodologia aplicada, o método que consideramos mais pertinente foi o estudo de caso. Este foi devidamente auxiliado por técnicas, entre as quais se destacam a pesquisa bibliográfica, a entrevista semi-estruturada, a observação

participante e não participante.

No que respeita ao sétimo capítulo caracterizaremos a instituição a nível arquitetónico, bem como o perfil dos doentes e funcionários e as respetivas funções.

Por último, no oitavo capítulo, analisamos os resultados que conseguimos obter através da nossa investigação. Estes foram conseguidos graças à colaboração de nove utentes e três técnicos, entre os quais se destaca o diretor da Casa de Saúde de S. José.

Na conclusão do nosso trabalho abordaremos os resultados obtidos ao longo do nosso estudo.

Consideramos que este trabalho é extremamente importante, tendo em conta o domínio onde se insere o mestrado: Serviço Social. É essencial que os Assistentes Sociais desenvolvam investigações diversificadas e inovadoras, pois os fenómenos sociais estão presentes nas mais variadas áreas.

CAPÍTULO I
CONCEITOS DE SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL

1. Conceitos de saúde mental e doença mental

Segundo Foucault (1972), o entendimento da loucura, ao longo dos tempos, resultou das concepções dominantes sobre o mundo. O conceito de doença mental e, consequentemente de doente mental, sofreu alterações, ao mesmo tempo que se assistiu ao aparecimento do conceito de saúde mental. Assim, é fulcral abordar no momento inicial do nosso trabalho os entendimentos que se tem acerca dos conceitos de saúde mental e doença mental.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001)¹, a saúde mental, física e social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a percepção desse relacionamento, torna-se cada vez mais claro que a saúde mental é indispensável para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Todavia, segundo a OMS (2001), está longe de ser atribuída à saúde mental e aos transtornos mentais a mesma importância que é dada à saúde física. Por isso, na perspectiva da OMS (2001), as perturbações mentais são, muitas vezes, ignoradas e negligenciadas, o que pode justificar o seu aumento em todo o mundo.

Contudo, a importância da saúde mental é reconhecida pela OMS (2001, p. 2) e está refletida na definição de saúde que ela entende como sendo *Não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.*

Segundo Fazenda (2008), esta concepção de saúde, introduzida pela OMS, valoriza todas as dimensões que fazem parte do meio envolvente do indivíduo. Assim, o contexto sociocultural, psicológico e económico em que o indivíduo vive é essencial para a definição de saúde (Alves, 2001). Por isso, o conceito de saúde mental não deve ser unicamente definido de acordo com a dimensão biológica das pessoas, até porque,

¹ Organização Mundial de Saúde adiante designada de OMS.

quando a doença surge, ela despoleta um desequilíbrio que afeta não apenas uma parte bem delimitada do indivíduo, como o estômago, uma perna ou a cabeça, mas o sujeito no seu todo (Alves, 2001). Porém, Sá (2010) refere que o conceito de saúde, na ótica de alguns profissionais, tende a isolar o indivíduo da sua realidade histórico-social, tendo apenas em conta o fator doença, ou seja, a dimensão biológica na definição deste conceito. Desta forma, o entendimento acerca da denominação de saúde mental não é consensual.

A própria sociologia tem situado a problematização do conceito de saúde em dois campos: o da abordagem funcionalista e o da abordagem marxista. Os funcionalistas enfatizam a importância dos fatores sociais e do meio. O expoente máximo dos funcionalistas, Talcott Parsons, valoriza o equilíbrio social e considera que este é posto em causa quando o nível de saúde de uma comunidade é baixo ou quando há uma incidência de doença mental muito elevada. Portanto, Parsons considera a saúde como um pré-requisito para a manutenção do sistema social, pois só com saúde os indivíduos podem desempenhar os papéis para os quais foram socializados de uma forma efetiva e plena. Por sua vez, a abordagem marxista da saúde desenvolve uma visão da mesma que assenta na valorização dos fatores biológicos, desvalorizando os fatores sociais como promotores da doença e da saúde (Alves, 2001). O mais importante a reter é de facto compreender a saúde mental como mais do que a ausência de transtornos mentais.

Uma vez definido o conceito de saúde mental, iremos debruçar-nos sobre o conceito de doença mental. Este abrange um leque alargado de perturbações, que afetam o comportamento social, emocional e intelectual do indivíduo, e que resultam da inadequação da conduta e não da ausência das capacidades inerentes ao sujeito. (Fazenda, 2008). Na perspetiva da OMS (2001), a doença mental caracteriza-se por

alterações de humor e do modo de pensar ou por comportamentos associados à deterioração do funcionamento ou angústia pessoal, os quais resultam de fatores: biológicos, psicológicos e sociais.

Também para Alves (2001) a explicação das causas associadas à doença mental estrutura-se a partir das três perspectivas referidas anteriormente. Para a autora supramencionada, a causalidade orgânica/biológica explica a perturbação mental, com base em alterações observáveis e quantificáveis, do próprio organismo. Esta perspectiva valoriza os fatores biológicos, incluindo os hereditários. Por sua vez, a causalidade psicológica evidencia a doença mental com base em fatores pessoais, onde se incluem emoções, sentimentos, pensamentos e comportamentos. Esta teoria enfatiza os aspetos psicológicos de cada pessoa, integrando-os na sua história de vida. Finalmente, no que respeita à causalidade social, a perturbação mental é perspectivada enquanto uma entidade indissociável do contexto em que surge. Os fatores sociais desempenham um papel extremamente importante na explicação do surgimento e evolução da doença.

Sublinhe-se que, no entender da autora em questão, a análise da doença mental, exclusivamente do ponto de vista biológico, é insuficiente, uma vez que não permite avaliar cada situação sob outros pontos de vista. Desta forma, compreender a doença psiquiátrica apenas do ponto de vista biológico negligencia os fatores sociais e psicológicos que, principalmente no caso das doenças mentais, se apresentam essenciais, não apenas do ponto de vista do diagnóstico, mas também do tratamento e da reabilitação. Assim, a autora enfatiza a necessidade de ter em conta todas as dimensões da vida das pessoas e não apenas a sua dimensão biológica, isto porque, a doença desencadeia um desequilíbrio que afeta não apenas uma parte do indivíduo, mas o seu todo. Também para Basteiro et al., (2003) & Fazenda (2008), a doença mental produz uma alteração na vida da pessoa, que afeta o desenvolvimento das suas capacidades e a

sua relação com o meio envolvente.

CAPÍTULO II
PERSPETIVA HISTÓRICA DA LOUCURA

1. História da loucura na Antiguidade Clássica

O comportamento humano e o seu estudo revelam-se tão antigos como a própria História. Porém, a compreensão e análise dos transtornos mentais, apenas nos últimos duzentos anos podem ser considerados parte integrante da Medicina, e em particular, da Psiquiatria. Contudo, o caminho percorrido até então, apesar de controverso, foi sem dúvida rico (Oliveira, 1999).

Muitos foram os médicos e filósofos que, desde há milhares de anos, se sentiram profundamente atraídos pelas manifestações da loucura, mesmo quando aparentemente estas se mostravam inexplicáveis (Oliveira, 1999).

No contexto da cultura greco-romana, muito embora a loucura fosse tida como uma doença, predominava a crença de que a origem da enfermidade resultava de causas sobrenaturais, forças e razões de natureza mística. As pessoas enfermas estariam possuídas por espíritos malignos, motivo pelo qual era extremamente difícil delinear os meios de segurança necessários para a intervenção e tratamento das pessoas doentes (Oliveira, 2002).

No caso específico da Grécia Antiga, os doentes considerados mais sociáveis ou benignos, embora fossem muitas vezes objeto de desprezo, abuso e ridicularização por parte da sociedade, poderiam andar em liberdade. Porém, os enfermos considerados mais graves ou violentos eram encerrados em casa ou até mesmo atirados de precipícios. Na Roma Antiga, a situação era muito idêntica, por um lado, havia famílias que recebiam estes doentes para lhes proporcionar uma vida mais digna, mas outros doentes eram vendidos para a exposição em público. Assim, no contexto destas culturas as pessoas portadoras de transtornos mentais eram, na maioria dos casos, tratadas com desprezo (Silva, 2004).

Sublinhe-se que, no mundo greco-romano, sobressai o nome de Hipócrates (460-377 a.C.). A ele coube a difícil tarefa de romper com a irracionalidade que era atribuída à mente perturbada, elaborando, pela primeira vez, o conceito médico de loucura, assente em explicações racionalistas, colocando de lado as explicações demoníacas da loucura. Este filósofo interpretou a doença como um desequilíbrio entre os quatro humores básicos do corpo: sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma, os quais resultariam da combinação de quatro qualidades básicas da natureza: calor, frio, humidade e rigidez. Segundo Hipócrates, as pessoas podiam ser assim classificadas de acordo com quatro temperamentos: sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático, os quais indicariam a orientação emocional influente em cada indivíduo (Oliveira, 1999).

Para além de Hipócrates, devemos também salientar Aristóteles (384-322 a.C.). Para este filósofo grego a alma não podia adoecer, pois esta era, no seu entender, o princípio vitalizador do corpo, com o qual estabelecia uma perfeita unidade. Por isso, a doença mental estava ligada a um transtorno orgânico (Silva, 2004).

No mundo Romano, destacaram-se autores interessados na patologia mental, entre os quais Galeno (130-200 d. C.). A ele se deve o desenvolvimento da farmacopeia bem como o esforço de conjugar vários sistemas e teorizações acerca da doença mental. É também aos romanos que na opinião de Santos (2001), se devem inovações importantes no tratamento dos transtornos mentais.

A verdade é que, apesar das evoluções registadas por esta altura, não podemos esquecer que o doente mental ficou à mercê, durante séculos, das explicações mágicas e sobrenaturais.

2. História da loucura da Idade Média até à primeira metade do século XX

Na Idade Média, assistiu-se ao retorno das ideias místicas da doença mental. O louco era encarado como uma figura maldita, uma reencarnação do mal, objeto de superstição e feitiçaria. Por esta altura, os doentes mentais eram encarcerados em caves, perseguidos, enviados para as guerras ou abandonados (Silva, 2004).

Neste período concreto da História, os loucos foram divididos em várias categorias e, por isso, tratados diferentemente. Assim, aos *loucos mansos* cabia romper com a monotonia das aldeias vilas e cidades, sendo por isso motivo de ridicularização, troça e humilhação. Os loucos que ingressavam no grupo da *loucura furiosa* eram considerados violentos e perigosos para a comunidade, pelo que destinava-se-lhes o encarceramento, as grades, e as correntes (Silva, 2004). Para além destas medidas, é fundamental referir que existiram, na maior parte das cidades da Europa, lugares de detenção reservados aos doentes e para onde eram enviados os enfermos deste grupo. Saliente-se, a famosa *Torre dos Loucos de Caen*, onde os doentes considerados furiosos ficavam encerrados por longos períodos de tempo (Foucault, 1972).

Todavia, para além das categorias a que os loucos estiverem sujeitos na cultura medieval, devemos salientar que por esta altura a lepra e, conseqüentemente, a figura do leproso inspiraram práticas bastante severas para os doentes mentais. Embora, no final da Idade Média a lepra tenha diminuído de incidência, as gafarias permaneceram e alguns delas foram ocupadas pelos loucos.

Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e cabeças alienadas assumirão o papel abandonado pelo lazareto, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem (Foucault, 1972, p. 10).

Ao leproso e ao louco, são associadas imagens de exclusão e representação sagrada. Se, por um lado, são observados como portadores do mal, por outro, o sofrimento da discriminação é tido como um meio da salvação da alma.

(...) eles se salvam pela mão que não se estende. O pecador que abandona o leproso à sua porta, está, com esse gesto, abrindo-lhes a porta da salvação (Foucault, 1972, p. 10)

Tal como na Idade Média, onde se assistiu a ideias sobrenaturais em torno do doente mental, no Renascimento a loucura também permanece ligada a essas representações e, por isso, distante da perspectiva de natureza científica e médica (Reis, 1998, cit in, Oliveira 2002). Particularmente emblemático deste imaginário e que ocupou lugar privilegiado foi a Nau dos Loucos, *estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos* (Foucault, 1972, p. 13). Estas naus retrataram os heróis imaginários, os quais embarcaram numa grande viagem simbólica, em busca dos seus destinos e das suas verdades. Existiam um sem número de naus, entre elas a Nau dos Príncipes, a Nau Batalhas da Nobreza, a Nau da Saúde entre outras. No entanto, Foucault (1972) refere que, de todas essas naus romanescas ou satíricas, a Narrenschiff parece ter sido a única que teve existência real, uma vez que existiram esses barcos que transportavam a *carga insana* de uma cidade para a outra. Os alienados viviam como que numa existência errante, eram rejeitados pelas suas cidades, motivo pelo qual circulavam pelos campos e de lugar em lugar. Assim, aos loucos desprezados apenas lhe restava o navio, de onde não escapavam.

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada (Foucault, 1972, p. 18).

Durante praticamente todo este período da História, a loucura e a pessoa que enlouquece mantiveram a representação da inspiração mística. O desatino da loucura lê-se como que um abandono à vontade Deus, como se tratasse de uma renúncia ao mundo (Oliveira, 2002).

Depois de abordarmos as representações sobrenaturais a que a loucura esteve subtida, iremos agora debruçar-nos sobre as criações das casas de correção, que se deveram à crise económica que a Europa atravessou nos finais do século XVI, a qual resultou da subida dos preços dos alimentos e foi agravada por um forte surto de peste. Esta crise levou ao aumento do número de indigentes e à necessidade de distinguir os verdadeiros dos falsos pobres (Esteves, 2010).

Por isso, foram criadas nos finais do século XVI e no século XVII as casas de correção, onde os desempregados, vadios, loucos e pequenos criminosos foram enclausurados e submetidos a uma severa disciplina (Esteves, 2010). Neste contexto, Foucault (1972, p. 64) refere a prática de internamento que se fez sentir nesta época:

Como uma nova reação à miséria, um novo patético, de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência.

De entre as diversas casas de correção, sobressaíram, no século XVI, na Inglaterra as Bridwell, cujo nome deriva do local onde em 1555 foi construída a primeira casa. Segundo os cronistas da época, esta dispunha de grandes dormitórios, com as portas e as janelas gradeadas e destinava-se a acolher vadios, mulheres levianas e, principalmente os mendigos. (Lima, 1961). O sucesso obtido com esta experiência levou à construção de casas de correção por toda a Inglaterra, nomeadamente em Oxford, Salisbury, Gloucester e Norwich, que seguiram o mesmo modelo. Esta foi a resposta que a Inglaterra encontrou para fazer face ao aumento do número de pobres, da

mendicidade e da prostituição no caso das mulheres (Lima, 1961 & Esteves, 2010).

Um pouco mais tarde, na primeira metade do século XVII, foram criadas instituições semelhantes na Holanda. Na base da sua implementação estão, entre outros fatores, os de ordem económica, relacionados com o aumento da atividade comercial holandesa e a luta pela independência impulsionada pela classe mercantil. As casas de correção holandesas tinham como objetivo a aprendizagem forçada da disciplina, baseando o seu funcionamento na aplicação de castigos corporais, no trabalho constante e na educação religiosa. Os estabelecimentos destinados às mulheres eram apelidados de *Spinhuis*. Aqui, eram encerradas pequenas ladras, prostitutas, delinquentes e mulheres com problemas alcoólicos, as quais ocupavam o seu tempo a tecer. Existiam também casas para elementos do sexo masculino, as *Rasp-huis*, destinadas a jovens ou mendigos com condutas desviantes (Lima, 1961 & Esteves, 2010).

O exemplo holandês foi seguido por outras cidades europeias, entre elas Berna, Basileia e Freiburg, na Suíça, e na Alemanha foram criadas as Zuchtause em Lubeck, Hamburgo, Dantzig e Bremen. A influência dos estabelecimentos holandeses estendeu-se também à Bélgica, mais especificamente à cidade de Gand, onde foi criada a *Maison de Force* (Esteves, 2010).

Mais tarde, outros Estados, nomeadamente os católicos instituíram as suas casas de trabalho. Neste sentido, avançou-se em França com o *Hôpital*, que se caracterizava pela ausência de trabalho obrigatório, sendo por isso um modelo de internamento diferente e mais simples do implementado nos países protestantes (Esteves, 2010). O *Hôpital Général* de Paris foi inaugurado em 1656 e, resultou da fusão de diversos estabelecimentos já existentes como o Salpêtrière (hospício de mulheres) e o Bicêtre (hospício de homens). Por todo o território francês, foram criados hospitais gerais, pelo que, às vésperas da Revolução Francesa, existiam cerca de trinta e duas cidades do

interior francês que os apresentavam (Foucault, 1972). Saliente-se que, de acordo com Foucault (1972) embora estas instituições fossem apelidadas de hospitais gerais, estes estabelecimentos não tinham um cariz médico.

É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa (Foucault, 1972, p. 57).

Também, em Itália, mais propriamente em Florença, foi criada nos finais do século XVII a instituição mais parecida com uma casa de trabalho.

Todas estas casas eram destinadas aos pobres, vagabundos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis. Todos, incluído o louco, estavam inseridos no mesmo sistema e sob o mesmo plano de intervenção.

(...) o lugar do louco é entre os pobres, os miseráveis e os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora de caminho (Foucault, 1972, p. 72).

No entanto, não podemos generalizar e pensar que todos os loucos estavam sujeitos às casas de correção. Alguns deles, quando se acreditava que podiam ser curados, eram recebidos no *Hôtel-Dieu*, em Paris ou no *Hospital de Bethleem*, em Londres. No primeiro estabelecimento, eram-lhes dados os cuidados habituais: purgações, sangrias e, em certos casos, vesicatórios e banhos. Por sua vez, na segunda instituição eram administrados os *grandes* medicamentos apenas uma vez por ano, na primavera. T. Monro, médico de Bethleem, traçou desde 1783, as linhas gerais para o tratamento destes doentes, afirmando que:

Os doentes devem ser sangrados o mais tardar até ao fim do mês de maio, conforme o tempo que fizer; após a sangria, devem tomar vomitórios uma vez por semana, durante um certo número de semanas. Após o quê, os purgamos. Isso foi praticado durante anos

antes de mim, e me foi transmitido por meu pai; não conheço prática melhor (Tuke, 1882, cit in, Foucault, 1972, p. 127).

Alguns loucos tinham, assim, como que um lugar reservado, o que lhes assegurava uma condição quase médica.

Porém, a maior parte dos doentes mentais residiam nas grandes casas de correção, levando praticamente uma existência correcional. Os tratamentos aplicados nestas casas consistiam, segundo Foucault (1988, cit in, Ferro, 2011), no acorrentamento dos indivíduos às camas, completamente despidos, bem como a sua colocação em pocilgas de animais. Para além disso, de acordo com o autor, estas pessoas eram utilizadas para trabalhos agrícolas e, após o dia de trabalho, eram colocadas em celas sem roupa ou qualquer outro tipo de proteção contra o frio. Estas eram algumas das formas de tratamento utilizadas, na época, para tratar os doentes mentais.

Apenas, nos finais do século XVIII, se alterou a forma de pensar, cuidar e de tratar o *perturbado* da mente. Porém, esta transformação não se tratou de um movimento isolado, pelo que, fizeram parte dela as ideias humanistas que saíram da Revolução Francesa de 1789 (Alves, 2001 & Hespanha, et al., 2012).

Assim, as ideias de um novo espírito humanitário e as do Iluminismo influenciaram o pensamento de todo o mundo civilizado. E assim aconteceu em Inglaterra, com William Tuke, que introduziu um projeto baseado no senso comum e no Cristianismo, proporcionando ao paciente um ambiente mais familiar (exercício físico, ocupação dos tempos livres, boa alimentação e ar livre). Também em Florença, Vincenzo Chiarugi atribuiu maior liberdade aos seus doentes, bem como o direito de serem cuidados por enfermeiros com formação mais adequada (Rosen, 1968). Na França, destacou-se o clínico Philippe Pinel que, logo após ter sido convidado para se

encarregar do funcionamento de Bicêtre, libertou, em 1793, os loucos das correntes. Para além disso, Pinel impôs no seu trabalho uma preocupação com a classificação nosográfica e introduziu o denominado tratamento moral, que pretendia tratar o enfermo com respeito e dignidade.

O tratamento moral consistia segundo Brigham (1847, cit in, Hespanha et al., 2012, p. 29) em:

Afastar o louco de sua casa e das suas antigas relações, trata-lo com respeito e amabilidade em todas as circunstâncias, utilizar o trabalho manual na maioria dos casos, permitindo a aquisição de hábitos regulares e autocontrolo, e oferecer assistência religiosa.

Por tudo isto, Pinel foi considerado um médico que concedeu a dignidade aos loucos, diferenciando-os dos criminosos e bandidos comuns, reconhecendo-os como doentes que requeriam tratamento (Hespanha et al., 2012). Por isso, Foucault (1972, p. 512) considera que Pinel:

(...) tinha sido escolhido justamente para desmascarar a loucura, para avaliar as suas dimensões médicas exatas, libertar as vítimas e denunciar os suspeitos, fundar enfim, com todo o rigor, esse internamento da loucura cuja a necessidade é reconhecida mas cujos perigos são pressentidos.

Posteriormente, Jean Etienne Esquirol, discípulo de Pinel, planeou pôr em prática as suas reformas. Desta forma, Esquirol propôs uma nova sistematização nosográfica e no campo específico do saber e da prática clínica, produziu uma importante mudança ao rever o conceito de melancolia (Pacheco, 2003).

Todas as alterações clínicas referenciadas anteriormente romperam com algumas das práticas de internamento, a que os doentes mentais eram submetidos em épocas passadas. Influenciaram também, a reforma de assistência aos doentes, com a fundação de asilos (Rosen, 1968). Assim, às portas do século XIX, foi criado, no Reino Unido o

Retiro de York, primeiro asilo vocacionado para tratar os doentes mentais. Este asilo era, de acordo com Foucault, (1988, cit in, Ferro, 2011) um local acolhedor, que estava preparado para receber os enfermos. Nesta instituição, as correntes e as grades foram dispensadas, alterando-se assim a forma de olhar e tratar os doentes. Contudo, de acordo com o autor, nem tudo tinha mudado, pelo que não houve transformações singulares no que respeitava ao lugar que os doentes mentais ocupavam na sociedade.

Embora o *Retiro de York* tenha sido criado nos finais do século XVIII, o movimento para a criação de asilos para os loucos começou a expandir-se nas primeiras décadas do século XIX, na Europa e na América do Norte. Para a criação destas instituições, contou muito a convicção dos médicos de que a doença mental era curável. Estes consideravam que o tratamento moral, com a hospitalização precoce, traria excelentes resultados terapêuticos (Swain, 1977, cit in, Hespanha et al., 2012).

Todavia, na opinião de Hespanha et al., (2012), os asilos não eram muitos e a maioria deles eram inadequados, uma vez que não estavam bem equipados, ou seja, estas instituições não tinham capacidade nem recursos para satisfazer as necessidades dos doentes. Por esse motivo, estes continuavam a receber assistência nos hospitais gerais e os que não tivessem problemas económicos, sociais e de comportamento poderiam estar em casa. É de acrescentar, que para Alves (2001) as técnicas de tratamento utilizadas nestas instituições para cuidar o enfermo (cadeira rotatória, sangue fresco injetado, entre outros.) estavam muito distantes de uma medicina científica.

Contudo, o século XIX também conheceu clínicos importantes, e de entre eles sobressaiu Emil Kraepelin. Este médico demonstrou que não era tanto a tipologia de sintomas que o doente apresentava, mas o percurso da doença mental a melhor forma para descobrir a patologia de que padecia o doente e, conseqüentemente delinear a intervenção adequada. Para além disso, Kraepelin considerou esta época clínica um

modelo dicotômico entre pessoas sãs e doentes mentais. Nestas últimas, o médico incluiu os neuróticos e psicóticos e, entre estas, distinguiu os indivíduos que sofriam de psicoses endógenas (hereditárias) e não endógenas. Finalmente, entre as psicoses endógenas, diferenciou as psicoses maníaco-depressivas e a demência precoce (Oliveira, 2002 & Pacheco, 2003). Na opinião de Kraepelin, a demência precoce era uma doença que se devia a processos químicos de degeneração. Foi graças ao estudo pormenorizado da demência precoce, que este clínico abriu portas para que no século XX, Eugen Bleuler, seu discípulo, propusesse formalmente o termo esquizofrenia (Oliveira, 2002).

No entanto, de acordo com Pereira (1993), as doutrinas de Kraepelin não foram acolhidas com incondicional aprovação pelo que, no início do século XX, começaram a surgir reações às suas classificações, as quais passaram a ser consideradas simplistas. Neste sentido, embora Adolf Meyer tivesse sido defensor das doutrinas de Kraepelin, foi através da rejeição posterior dos seus pensamentos que Meyer abriu a porta, nos Estados Unidos, à aventura psicanalítica.

A psicanálise, como a conhecemos hoje, é criação de Sigmund Freud, que se debruçou sobre o inconsciente, o funcionamento da mente, o *continuum* entre o normal e o patológico e a convicção de que os problemas psicológicos são resultado de conflitos inconscientes referentes a ocorrências passadas (Oliveira, 2002). Assim, o princípio base da psicanálise é o de tentar explicar as eventuais doenças do adulto e a sua personalidade, a partir do que se passou nos primeiros anos da sua vida (Spadone 1998).

Devido à importância da teoria freudiana, esta disseminou-se por diversos países durante o primeiro quartel do século XX. Na Suíça, o médico Eugen Bleuler começou a usar o método psicanalítico no tratamento das psicoses, com a finalidade de oferecer

uma solução para o enigma da loucura. Eugen Bleuler considerou que a psicanálise constituiu uma alternativa adequada para a cura das doenças mentais. (Selesnick, 1980 cit in, Bortoloti & Cunha, 2013). As concepções de Freud atingiram também a América, as quais obtiveram popularidade por intermédio de programas de rádio, jornais de ampla circulação e obras de divulgação científica (Russo, 2002, cit in, Bortoloti & Cunha, 2013). Também, em 1907, foi fundada, em Viena, a primeira organização formal de adeptos da Psicanálise, a qual se denominou de *Sociedade*. Em 1909, Freud deslocou-se aos Estados Unidos e difundiu junto dos povos e dos intelectuais a sua teoria (Gay, 1989 cit in, Bortoloti & Cunha, 2013). No ano de 1910 foi criado um organismo internacional, o qual pretendia reunir todas as organizações psicanalíticas. Sublinhe-se que, no início da Primeira Guerra Mundial, os temas freudianos tornaram-se cada vez mais frequentes entre os praticantes das ciências médicas (Bortoloti & Cunha, 2013).

Depois do surgimento da psicanálise a medicina continuou a desenvolver-se e, no que respeita especificamente à doença mental, é pertinente referir que a introdução dos psicofármacos foi, na perspectiva de Sournia (1995), fundamental para os enfermos poderem regressar a casa. Assim, deixou de ser necessário hospitalizar os doentes durante uma vida inteira. Sublinhe-se que, segundo o mesmo autor, a imagem do louco incurável foi-se alterando e, progressivamente, este passou a ser aceite na sociedade. Desta forma, e segundo Sournia (1995, p. 358), a entrada dos psicofármacos transformou *a doença mental vivida pelos doentes e sofrida pela sociedade*.

Todavia, de acordo com o autor supramencionado, nos anos quarenta e cinquenta do século XX, os eletrochoques foram, também, muito usados para o tratamento de determinadas doenças mentais.

Sublinhe-se ainda que, com o ingresso dos psicofármacos, foi possível desenvolver a denominada psiquiatria social, que explicaremos de seguida.

3. História da Loucura no Pós Segunda Guerra Mundial

No final da II Guerra mundial, em 1945, desenvolveu-se a psiquiatria social. De acordo com Rapoport (1974, cit in, Alves, 2001), o seu aparecimento deu-se com a necessidade de utilizar métodos de grupo e de terapias pelo meio, não colocando os cuidados dos doentes estritamente no modelo médico. Assim, o desenvolvimento da psiquiatria social baseou-se na comunidade terapêutica, a qual, de acordo com Rapoport (1974, cit in, Alves, 2001, p. 51) *centra a sua intervenção no tratamento através das interações normais duma vida sã em comunidade.*

Neste sentido, pretendia-se com a Comunidade Terapêutica que os doentes passassem a ser tratados no meio, onde decorriam as suas vidas, e não somente nos hospitais psiquiátricos (Alves, 2001).

O desenvolvimento da psiquiatria social e, conseqüentemente da comunidade terapêutica, para além de atribuírem uma maior importância aos fatores sociais, conduziram também, aos designados movimentos de desinstitucionalização (Alves, 2001 & Silva, 2004).

Assim, o principal objetivo era o de aliar a psiquiatria à comunidade, combatendo o isolamento e a segregação do doente, preconizando o tratamento deste no seu meio, ou seja, junto da família e dos grupos a que pertence. Pretendia-se a integração do doente mental e a sua aceitação na sociedade, combatendo a exclusão social de que estes doentes eram alvo (Alves, 2001).

Desta forma, muitos países, incluindo Portugal, sentiram a necessidade de lançar as bases políticas de saúde mental comunitária, que se iniciaram nos Estados Unidos da América, aquando da promulgação, em 1963, da Lei dos Centros de Saúde Mental. Segundo Altrocchi, Bellak e Fairweather (n.d., cit in, Ornelas, 1996), estes centros deveriam proporcionar um conjunto de serviços, desde acompanhamento pós-

alta, hospital de dia, serviços de reabilitação, lares de transição, consultoria até à prevenção através de ações educativas. Porém, de acordo com Fazenda (2008), o movimento de desinstitucionalização dos EUA e, conseqüentemente a própria lei, não foram de encontro ao que era espectável.

Embora o movimento de desinstitucionalização tenha iniciado nos EUA, o seu expoente máximo sucedeu em Itália, aquando da promulgação da lei n.º 180, de 1978, a qual decretou o encerramento de todos os hospitais psiquiátricos, formalizando a criação de Centros de Saúde Mental e de residências para alojamento dos doentes que saíam dos hospitais (OMS, 2001 & Fazenda, 2008). Assim, as principais disposições da lei italiana prescreviam que não se admitiriam novos pacientes nos grandes hospitais estatais e não deveriam ocorrer readmissões. Desta forma, a lei previa a não construção de novos hospitais psiquiátricos e as enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais deveriam de filiar-se obrigatoriamente aos centros comunitários de saúde mental. Esta lei teve um forte impacto, tendo ido para além da jurisdição italiana (OMS, 2001).

Os referidos movimentos de desinstitucionalização dos doentes mentais ficaram, na opinião de Fazenda (2008), ligados a fenómenos com impacto social negativo relevante, uma vez que o esvaziamento dos hospitais não foi acompanhado por uma adequada criação de estruturas na comunidade. Neste sentido, para Bragança (2013), a desinstitucionalização só poderá ser bem-sucedida se for acompanhada de recursos, razoavelmente organizados, capazes de promover um suporte e uma orientação, quer para os doentes mentais, quer para as suas famílias. É, por isso, importante que as redes sociais do indivíduo estejam bem estruturadas, uma vez que serão extremamente importantes na reintegração do doente na comunidade (Rodriguez, 2002). Portanto, a desinstitucionalização implica uma abordagem comunitária, devendo existir cuidados, na comunidade, para que o objetivo da perspectiva comunitária seja exequível. Por isso,

quando a comunidade não se envolve e não se assiste à implementação de uma sólida rede de alternativas, a desinstitucionalização torna-se difícil. Assim, segundo a OMS (2001), fechar os hospitais psiquiátricos sem alternativas comunitárias é perigoso. Por isso, o processo de desinstitucionalização deve ser bem fundamentado e possuir três componentes essenciais: prevenir admissões erróneas em hospitais psiquiátricos, mediante a provisão de serviços comunitários; preparar adequadamente os doentes mentais institucionalizados para a comunidade e gerir os sistemas de apoio na comunidade para pacientes não institucionalizados (OMS, 2001). Desta forma, a intervenção em contexto comunitário deve ser feita de forma cuidada, pelo que não é um processo simples, mas sim complexo e moroso.

Após termos contextualizado em cada época da história o modo como a sociedade lidou com a loucura, com o diferente e com as diferenças, estamos prontos para, no próximo capítulo, enquadrar a história da loucura em Portugal.

CAPÍTULO III
HISTÓRIA DA LOUCURA EM PORTUGAL

1. A loucura em Portugal

A humanização da loucura, fruto do progresso científico, permitiu que esta passasse a ser abordada sob o prisma da cientificidade e não do obscurantismo. Esta transformação trouxe consequências que se repercutiram no domínio da própria percepção do alienado. Assim, progressivamente, este passou a ser encarado como um doente com perspectivas de cura e não como um estorvo ao progresso social. Porém, este processo foi lento e complexo pelo que, no século XIX, o louco continuava a ser considerado um *empecilho*, um *idiota* e um *doido* que, por causa do seu desvio, atentava contra a tranquilidade pública (Esteves, 2012a).

Deste modo, a sociedade oitocentista lidou com os homens e mulheres alienados de uma forma antagónica: umas vezes, considerando-os como estorvos ao progresso social, outras vezes, encarando-os como doentes. Admitia que o louco devia ser ajudado, mas exigia, de igual forma, proteção face aos riscos que a sua presença implicava. Neste sentido, a medida ideal para combater e, se possível, tratar a alienação era o isolamento. Esta solução não deveria ser entendida como um ato desumano mas, antes, como um passo fundamental para o desenvolvimento da sociedade (Esteves, 2012a).

Portanto, considerava-se necessário o isolamento, o qual podia ser concretizado no seio da própria família, mais concretamente numa divisão da casa que, nem sempre exibia as condições necessárias para a sua execução. Apesar das famílias acolherem os doentes, estas deparavam-se com dificuldades de índole económica mas também com as próprias complicações da loucura, que originavam medo nas pessoas mais próximas. Refira-se, que não foram raros os casos de homicídios, de agressões físicas e verbais, protagonizados pelos doentes, no contexto familiar, e que as autoridades só tiveram conhecimento aquando da existência desses atentados (Esteves, 2012b).

Contudo, se, por um lado, algumas famílias amparavam os doentes mentais em casa, noutros casos, os alienados ficavam entregues à sua própria sorte e deambulavam por estradas e caminhos, inquietando a população. Alguns deles mendigavam e atacavam tudo o que estivesse ao seu alcance. Outros tinham atitudes menos apropriadas, pelo que tinham de ser afastados do contacto com as demais pessoas. Nestas situações, o isolamento tornava-se ainda mais urgente e o destino do louco em Portugal, era a prisão ou o hospital. Mas, nestas duas instituições, os alienados continuavam a ser *persona non grata* (Esteves, 2012b).

No Portugal oitocentista, as cadeias receberam alienados em grande número e em regra, estes eram os mais miseráveis. A propósito deste assunto, Sena (2003, p. 186) refere que *é repugnante que ali vão colocar os desventurados loucos, os únicos seres incapazes de serem criminosos*. Foram muitos os indivíduos com transtornos mentais que foram recebidos nas cadeias. Estas prejudicavam os alienados, pois, para além de ficarem sujeitos ao mesmo modo de vida dos reclusos, a ausência de terapia adequada contribuía para deteriorar as condições destes doentes. Desta forma, a miséria das cadeias podia agravar de tal forma a saúde do alienado que os médicos preferiam por vezes retirá-los daqueles lugares (Esteves, 2012a).

Todavia, os alienados não foram apenas recebidos nas cadeias mas também nos hospitais gerais. Contudo estes não se mostravam disponíveis para receber os doentes mentais, alegando falta de condições para oferecer assistência (Esteves, 2012a). Porém, na perspectiva do alienista oitocentista António Maria de Sena (2003), os hospitais gerais do reino, no século XIX, continuavam a não receber os loucos porque os consideravam seres acometidos por forças sobrenaturais e não verdadeiros doentes. No entanto, de acordo com Esteves (2012a), quando os doentes tinham a sorte de serem acolhidos nos hospitais gerais, a única benesse consistia no isolamento realizado num espaço

individual e não em salões coletivos, como sucedia nos cárceres. De resto, o tratamento proporcionado pelo hospital pouco diferia do aplicado na cadeia. De acordo com a autora supracitada, tal facto pode ser verificado quando, em 1870, um doente mental deu entrada no hospital da Misericórdia de Caminha. Durante os três dias em que esteve internado, não lhe foi administrado qualquer tratamento, a não ser o fornecimento de refeições à base de carne e de pão.

Assim, por esta altura, em Portugal, os alienados mais pobres eram recebidos nas cadeias ou nos hospitais gerais, não existindo instalações próprias no nosso país para o tratamento destes doentes. O mesmo, porém, não se constatava em países como a Inglaterra, França e Itália que, no século XIX, já dispunham de estabelecimentos específicos para tratar os alienados. Tal facto, leva a que António Maria de Sena (2003, p. 93) lamente o atraso assistencial do seu país, afirmando que:

Quando na nossa história se estuda a situação das classes sociais, que necessitam protecção dos governos e amparo por parte das classes, mais felizes, acha-se sempre um atraso considerável relativamente aos outros países, que começaram como nós, e quando a nós, o ciclo da civilização hodierna.

Contudo, em Portugal, há referências à assistência que era prestada aos doentes mentais, no século XV, no Hospital Real de Todos - os - Santos. Embora, de acordo com Abreu (2009), esse não fosse um espaço específico para tratar aqueles pacientes, representava a preocupação com um grupo que, até então, tinha ficado excluído da assistência institucionalizada. Todavia, de acordo com Mendonça (2006), os incêndios sofridos pelo Hospital Real de Todos - os - Santos, em 1601 e 1750, e posteriormente o terramoto de 1755, em Lisboa, que destruiu aquele estabelecimento por completo, desalojaram os enfermos para locais pouco dignos. Apenas no século XVIII os doentes mentais começaram a ser encaminhados novamente para os hospitais, nomeadamente para o hospital do Rossio, em Lisboa, e para o hospital D. Lopo de Almeida, no Porto

(Esteves, 2012a & Araújo, 2014).

No século XIX, os alienados, em Portugal, começaram a ser encaminhados para o hospital de S. José, em Lisboa. Neste estabelecimento, eram-lhes ministrados cuidados especiais. Todavia o mesmo não dispunha de condições apropriadas para receber os doentes mentais (Esteves, 2012a).

Embora, de acordo com Sena (2003), o hospital de S. José dispusesse de duas enfermarias específicas para tratar os alienados, a de S. Teotónio para homens, e a de Santa Eufémia para mulheres, estas não correspondiam às reais necessidades destas pessoas. Na perspetiva do autor supramencionado, a luz das enfermarias era escassa, a higiene era quase desconhecida e o número de empregados era diminuto. Também para o médico Beirão, essas estruturas não reuniam as condições necessárias para a recuperação dos alienados, nem respondiam ao volume de solicitações que vinham de todo o País. Neste sentido, escreve:

Estas enfermarias, além de todos os seus defeitos numerosíssimos, teem dois que affectão d' hum modo muito desagradável todos os alienados desde o momento da sua reclusão, e que quasi sempre os faz adquirir hum character lypemaniaco, sombrio e triste, que dificulta senão impossibilita a cura dos poucos que ali chegam no estado de curabilidade: o primeiro he o aspecto de prisão que ainda conservão estas enfermarias contra todos os preceitos da Sciencia, o segundo a limitação do acanhado horisonte de suas janelas, impossibilitando a expansão mental do alienado por meio de sensações agradáveis n'hum paizagem alegre e risonha, e fazendo pelo contrário concentra-lo cada vez mais no objecto especial da sua loucura e desvario (Beirão, 1847, cit in, Pereira, 1986, p. 87/88).

O hospital de Santo António, no Porto, também recebia alienados, mas as condições eram, segundo Sena (2003), praticamente as mesmas que as do hospital de S. José.

Refira-se que, embora as enfermarias do hospital de S. José não dispusessem dos recursos necessários para tratar os alienados, alguns clínicos tentaram melhorar a

situação desses doentes nestes locais. Assim, para Sena (2003), de entre esses clínicos destacou-se, a partir de seis de julho de 1835, Joaquim Bizarro que, desde essa data, ficou responsável pelas enfermarias do hospital de S. José. Para o autor mencionado, este médico dignificou o tratamento dos alienados e, para além disso, iniciou estudos estatísticos sobre os mesmos, sendo o pioneiro em Portugal neste tipo de abordagem. No entanto, para Sena (2003), muitas das aspirações deste médico ficaram limitadas devido em parte, às limitações do espaço físico. Por isso, este clínico defendeu, de acordo com o autor mencionado anteriormente, a necessidade de se construir um hospital para doentes mentais no nosso país. Num artigo publicado no *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas*, expôs o modo como deveria, no seu entender, ser criado esse mesmo hospital (Sena, 2003). No final do ano de 1838, Joaquim Bizarro deixou as enfermarias de S. José e, em 1841, estas já estavam a cargo de António Maria Ribeiro, que não foi menos solícito que o seu antecessor em reclamar e destacar a triste situação dos alienados (Sena, 2003). Apesar destes médicos contestarem a situação em que os loucos se encontravam e, embora se tivesse assistido à tentativa da transferência destes doentes para o edifício da Luz, em Lisboa, tal não sucedeu. Ainda que, em 1846 as obras tenham iniciado, as mesmas aconteceram tarde demais. Por esta altura, a conjuntura política do nosso país não proporcionava empreendimentos deste género (Pereira, 1986).

Apenas em 1848 se assiste, em Portugal, à criação dos grandes hospitais psiquiátricos, o primeiro dos quais em Lisboa, resultado da visita levada a cabo pelo então primeiro-ministro, Duque Saldanha, ao hospital de S. José. Nesta visita, o Duque Saldanha deparou-se com a deterioração das enfermarias, destinadas aos alienados, e o espetáculo que se lhe ofereceu foi tão degradante que ordenou a transferência dos doentes para o edifício de Rilhafoles, antigo convento de Padres de S. Vicente de Paulo,

em Lisboa. Transitaram, de imediato, as pacientes do sexo feminino para o primeiro e segundo pavimentos do edifício de Rilhafoles, ficando em S. José os alienados do sexo masculino, até nove de janeiro de 1850, dia em que as obras ficaram concluídas, e os últimos doentes foram transferidos (Sena, 2003). Esta mudança, escreveu Francisco Pulido, o médico que a dirigiu, verificou-se:

Sem auxílio da força pública e sem incidente algum desastroso aos doentes que, em grupos de quinze a vinte, vieram a pé, acompanhados dos respetivos ajudantes, à excepção dos parálíticos, que foram transportados em macas. As camas e todo o material das enfermarias transportavam-se em carros; e isto se fez com tamanha ordem e bom arranjo que às oito horas da noite do mesmo dia da mudança os doentes repousavam em suas respectivas camas, depois de haverem ceado no refeitório, e de se lhes ser passado a competente visita; exceptuando-se unicamente vinte e cinco alienados que ainda nessa noite tiveram de dormir juntos em um quarto, envolvidos em palha como costumavam no hospital de S. José (Pulido, 1851, cit in, Pereira, 1986, p. 90).

Um ano após terem sido transferidos os doentes para o hospital de Rilhafoles, Francisco Pulido ficou a gerir definitivamente esse estabelecimento, que esteve, durante todo o século XIX e nos primeiros anos do século XX, sob a administração do hospital de S. José. Francisco Pulido preocupou-se com o trabalho metódico dos doentes como forma de tratamento moral, bem como com a formação de todas as pessoas que trabalhavam no estabelecimento (Cintra & Santos, 2012). Em 1851, esse médico elaborou, na perspectiva de Sena (2003), o melhor trabalho da literatura médica da época. O documento por ele redigido, encontrava-se incorporado no relatório que o enfermeiro-mor do hospital de S. José, Diogo António Correia de Sequeira Pinto, dirigiu, a 22 de março de 1852, ao Ministro do Reino. Contudo, embora Francisco Pulido tenha continuado a gerir o hospital de Rilhafoles até 1864, este médico nada mais escreveu, à exceção do relatório correspondente ao ano de 1854, que, para além de não ter sido publicado, não se encontrava nos arquivos do hospital de S. José. Apenas em 1866, foi

publicado o segundo escrito médico relativo ao hospital de Rilhafóles, redigido por Guilherme da Silva Abranches (Sena, 2003). De acordo com Cintra & Santos (2012), este relatório médico dava provas da sobrelotação do estabelecimento. O edifício albergava, na época, mais de quinhentos doentes e apenas tinha capacidade para receber trezentos.

Guilherme da Silva Abranches foi nomeado diretor interino do hospital de Rilhafóles, em 1862, na ausência justificada de Francisco Pulido. Mais tarde, Guilherme da Silva Abranches tornou-se diretor definitivo daquele estabelecimento (Sena, 2003). No tempo em que esteve como diretor do hospital, até 1872, Guilherme da Silva Abranches produziu vários relatórios, embora alguns deles não tenham sido publicados. Para Sena (2003), este médico desenvolveu um papel importante naquela instituição, desde logo, porque criou o lugar de médico adjunto e aumentou o vencimento dos empregados, instituindo gratificações para os mesmos. Para além disso, o médico empregou como meio de repressão o colete-de-forças e, só em casos excecionais, eram utilizados os banhos de emborcação e reclusão. É por tudo isto que Cintra & Santos (2012) consideram que, enquanto este médico se manteve como diretor do hospital, este atravessou um período de bem-estar, ainda que efémero.

Assim, desde o início do funcionamento do hospital, este passou por períodos de ascensão e outros de decadência. De acordo com Cintra & Santos (2012), as décadas de 70 e 80, do século XIX, são relativas ao período de decadência deste estabelecimento, das quais pouco ou nada se sabe.

Embora, em algumas décadas, se tenha tentado melhorar a atuação do hospital sobre os doentes mentais, a verdade é que os meios de repressão empregues no estabelecimento foram usados, na opinião de Cintra & Santos (2012), de forma exaustiva até finais da década de 80, do século XIX.

Assim, os quartos fortes era um dos meios de repressão utilizados no hospital de Rilhafoles, os quais se destinavam ao isolamento dos alienados mais agitados. Estes quartos eram pequenos e, neles, os doentes apenas dispunham de palha para se envolverem e agasalharem do frio. Muitos enfermos eram amarrados aos *berços*, como ilustra a figura 2, e face à situação em que se encontravam faziam todas as suas necessidades na palha dos mesmos. Contudo, estes quartos eram limpos e a palha renovada, todos os dias ou de dois em dois dias. No entanto, estes quartos não possuíam água, pelo que a sua limpeza se tornava difícil (Sena, 2003).

Fig.1. Quarto forte formado por duas peças, uma alcova fechada por duas grades de ferro e uma porta de madeira, sem comunicação alguma com a atmosfera; - e uma saleta fechada apenas por uma porta de madeira onde se vêem dois tabuleiros com palha e um lençol.



Fonte: *Os Alienados em Portugal: história e estatística.* (Sena, 2003, p. 153)

Fig.2. Modo usado em Rilhafoles de conter os agitados durante a noite em berços.



Fonte: *Os Alienados em Portugal: história e estatística.* (Sena, 2003, p.154)

A cadeira forte era um outro meio de repressão utilizado no hospital de Rilhafoles. A figura 3 apresenta esse instrumento de contenção, o qual era largamente utilizado na instituição e considerado um dos meios mais cómodos para conter os doentes. Este instrumento de repressão ostentava, na opinião de Sena (2003), as condições próprias para se afixar solidamente o alienado agitado, tal como se pode verificar na figura 4.

Fig. 3. Cadeira forte. Em algumas há dois buracos nas costas para passarem as correias em que se prende os doentes pela cinta.



Fonte: *Os Alienados em Portugal: história e estatística.* (Sena, 2003, p. 158)

Fig. 4. Doente na cadeira forte, com coleira, camisa-de-força e laços nos braços.

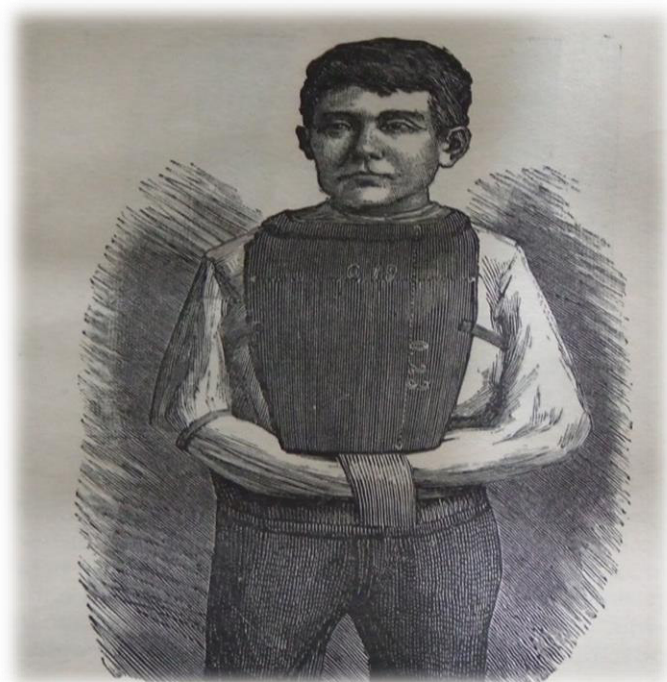


Fonte: *Os Alienados em Portugal: história e estatística.* (Sena, 2003, p. 159)

Para além dos quartos e das cadeiras fortes usados no hospital de Rilhafoles para conter os alienados, existiam também as peias e as coleiras/gravatas. De acordo com, Sena (2003), o primeiro meio de repressão limitava o movimento das pernas do doente enquanto que as coleiras ou gravatas restringiam os movimentos do colo, com a finalidade de impedir que os doentes rasgassem com os dentes a roupa que lhes cobria o tórax.

Devemos ainda salientar como meios repressores deste hospital o peitilho/barbeiro e a camisa ou colete de força. O peitilho empregava-se essencialmente em crianças para estas não sujares nem rasgarem a roupa. A figura 5 mostra-o numa criança que, tinha para além deste instrumento de contenção, o colete-de-forças. Este último era o meio coercitivo mais utilizado naquele estabelecimento, pois de todos eles era aquele que se considerava o mais necessário e inofensivo. Além dos meios de repressão já descritos, usavam-se também laços diversos feitos com lençóis, correias ou tiras de pano forte, tal como ilustra a figura 6 (Sena, 2003).

Fig. 5. Peitilho ou babeiro de sola aplicado a um pequeno idiota.



Fonte: *Os Alienados em Portugal: história e estatística.* (Sena, 2003, p. 163)

Fig. 6. Laço usado em Rilhafoles para prender os doentes aos leitos ou na cadeira forte.



Fonte: *Os Alienados em Portugal: história e estatística.* (Sena, 2003, p. 164)

De acordo com Freire (2005) & Cintra e Santos (2012), os meios de repressão referidos anteriormente foram empregues de forma exaustiva no hospital de Rilhafoles, até ao final da década de 80. Contudo, quando Miguel Bombarda se tornou diretor do estabelecimento, a dois de julho de 1892, este restringiu exaustivamente os meios de contenção em uso na instituição. Este médico foi, para Cintra & Santos (2012), responsável por mudar mentalidades pois, para além de limitar os meios de repressão, determinou que os doentes saíssem das enfermarias para passeios diários, em locais adaptados ou criados para o efeito. Para além disso, Miguel Bombarda separou os doentes por sexo e procedeu à restauração e construção de algumas estruturas naquela instituição (Cintra & Santos, 2012). Por isso, na opinião dos autores supracitados, Miguel Bombarda foi uma pessoa extraordinariamente competente, com capacidade de

trabalho, muito inteligente e dotado de sentido prático. Todavia, o seu trabalho como diretor foi interrompido pelo seu assassinato, a três de outubro de 1910. Aparício Rebelo dos Santos, doente que fora tratado por Miguel Bombarda, foi o responsável pelo crime (Cintra, 2012). Aquando da morte de Miguel Bombarda, o hospital de Rilhafoles passou a ser denominado de Manicómio Bombarda (Cintra & Santos, 2012).

Antes mesmo de Miguel Bombarda se tornar diretor do hospital de Rilhafoles, foi inaugurado, no ano de 1883, o hospital do Conde de Ferreira.

Este hospital resultou do testamento deixado por Joaquim Ferreira dos Santos, mais conhecido por Conde de Ferreira, título que lhe foi atribuído a seis de agosto de 1850 (Alves, 1992 & Sena, 2003). De acordo com Alves (1992), Joaquim Ferreira dos Santos nasceu a quatro de outubro de 1782 e foi o quinto filho de um casal de lavradores. Foi caixeiro no Porto e, embarcou por volta de 1800, para o Rio de Janeiro, onde ascendeu a negociante. Esta ascensão resultou de uma técnica de comércio praticada na época: a consignação. Do Porto, eram-lhe consignadas mercadorias por um parente, que se presume ter sido o comerciante Jerónimo Carneiro Geraldês. Por tudo isto, Joaquim Ferreira dos Santos tornou-se um elo de vasta rede comercial, que ligava o Porto ao Brasil e vice-versa. Contudo, a conjuntura das invasões francesas e o Tratado de Comércio de Navegação que Portugal travou com a Inglaterra em 1810 fez esmorecer a corrente comercial, obrigando-o a diversificar os seus contactos. Assim, por esta altura, Joaquim Ferreira dos Santos deslocou-se a África com o intuito de estabelecer relações comerciais. Segundo Alves (1992), em Molembo, na zona de Cabinda, criou várias feitorias e desenvolveu um “lucrativo negócio negro”, importando cerca de 10.000 escravos para o Brasil, sendo 4196 por conta própria ou em sociedade, num valor de venda superior a 584 contos de réis.

As diversas transações comerciais, que realizou durante praticamente toda a sua vida, permitiram a Joaquim Ferreira Santos ser detentor de uma fortuna colossal (Sena, 2003). Por isso, aquando da sua morte, a 24 de Março de 1866, o testamento de Joaquim Ferreira Santos evidenciava numa das suas disposições que deveria ser empregue alguma da sua fortuna na construção de um hospital para alienados. Este, depois de terminado, deveria ser entregue à Santa Casa da Misericórdia do Porto (Sena, 2003).

E assim aconteceu, no décimo sétimo aniversário do falecimento do Conde de Ferreira, a 24 de março de 1883, inaugurou-se o hospital com a admissão dos primeiros vinte doentes, examinados pelo primeiro diretor clínico do estabelecimento, António Maria de Sena. Sucederam a Sena na direção do hospital, em 1890, Júlio Xavier de Matos, cargo que manteve durante vinte anos (Pereira, Gomes e Martins, 2005 & Mendonça, 2006).

António Maria de Sena nasceu em Seia, no ano de 1845, formando-se em medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, onde também se doutorou com a tese: *Análise Espectral do Sangue* (Lopes & Rodrigues, 2009). Este médico foi responsável pela primeira lei psiquiátrica em Portugal, a chamada Lei de Sena. Na opinião de Lopes & Rodrigues (2009), António Maria de Sena foi detentor de uma personalidade de considerável valor científico e moral para a sua época, sendo por isso responsável por denunciar as instituições que assistiam os doentes mentais de maneira negligente.

Este clínico pretendia assim que o hospital do Conde de Ferreira fosse um espaço de tratamento e não um mero depósito para alienados (Lopes & Rodrigues, 2009).

As infra-estruturas do estabelecimento, bem como o serviço médico prestado permitiram que tal acontecesse. Este hospital era, de acordo com Sena (2003), composto por catorze enfermarias, amplas, iluminadas e distintas entre si, consoante a categoria social, o tipo e a fase da enfermidade. Sublinhe-se que a população encontrava-se distribuída em duas partes distintas: a ala sul, onde se encontravam os doentes do sexo feminino, e a ala norte, ocupada por enfermos do sexo masculino (Pereira, Gomes & Martins, 2005).

Ainda no que respeita ao hospital, este foi, segundo Pereira, Gomes & Martins (2005), o primeiro da especialidade a acompanhar a tendência do respeito pelos preceitos higiénicos que representavam uma questão de soberana importância na sociedade oitocentista. Daí, a preocupação, aquando da construção do edifício, em criar infraestruturas necessárias para o abastecimento de água e para os cuidados alimentares.

Essas estruturas foram de acordo com Pereira, Gomes & Martins (2005), essenciais. O abastecimento de água no hospital era importante em todos os aspetos, inclusive para as aplicações hidroterapêuticas, método utilizado no tratamento da alienação mental, as quais faziam despende de bastante água.

Em relação à alimentação na instituição, esta era considerada muito importante no âmbito da higiene hospitalar. As plantas do hospital de alienados do Conde de Ferreira atestavam a existência de dez refeitórios, quatro deles destinados às primeiras e segundas classes e seis à terceira classe. Saliente-se que havia refeitórios destinados aos doentes não agitados e outros aos agitados. Nas cantinas dos enfermos agitados, não existiam condições especiais, como podemos observar na figura 7. Por outro lado, nos refeitórios para doentes agitados, existiam algumas particularidades para evitar perigos. Assim, as mesas e os bancos fixavam-se ao pavimento por meio de parafusos, como podemos constatar na figura 8 (Sena, 2003 & Pereira, Gomes e Martins, 2005).

Fig.7. Refeitórios em que habitavam doentes não agitados.



Fonte: *Os Alienados em Portugal: história e estatística.* (Sena, 2003, p. 318)

Fig.8. Refeitórios, em que habitavam doentes agitados.



Fonte: *Os Alienados em Portugal: história e estatística.* (Sena, 2003, p. 319)

No que concerne ao tratamento da alienação mental na instituição, este estava dividido em duas categorias: o tratamento moral e o tratamento médico propriamente dito. O primeiro incidia essencialmente sobre dois agentes: o isolamento e o trabalho. A ideia do isolamento do doente, defendida por Esquirol, era partilhada pelos médicos do Conde de Ferreira. Considerava-se que era importante tirar o doente do seu meio habitual e sujeitá-lo a novos hábitos. Neste sentido, o isolamento representava uma nova vida para os alienados que se encontravam distantes dos agentes perturbadores. No que respeita ao trabalho, este era tido como terapia para os alienados, motivo pelo qual o estabelecimento implementou e desenvolveu algumas oficinas práticas, às quais podiam aceder todos os doentes do hospital, independentemente da classe a que pertenciam. O tratamento médico desenvolvido neste estabelecimento incidiu, por sua vez, na hidroterapia, caracterizada como método de excelência no tratamento dos doentes

mentais, bem como no conjunto dos meios farmacológicos, aplicados aos enfermos (Pereira, Gomes & Martins, 2005).

Embora segundo Pereira, Gomes & Martins (2005) o tratamento médico nesta instituição fosse favorável para os doentes, esta evidenciou, nos anos de 1895-1896, um declínio a nível assistencial (Pereira, Gomes & Martins, 2005). Para além disso, o hospital não conseguiu receber muitos dos enfermos que lhes eram remetidos. (Esteves, 2012a).

O panorama de superlotação que o hospital Conde de Ferreira vivenciou foi idêntico ao verificado em Rilhafoles. A primeira lei de assistência psiquiátrica, datada de 1889 e conhecida como lei de António Maria de Sena, pretendia atenuar a situação (Lopes & Rodrigues, 2009). A lei de Sena afirmava a necessidade de construção de mais quatro hospitais psiquiátricos e de enfermarias anexas às prisões. Previa também a realização de exames médicos em todas as situações de crimes, cujos autores fossem suspeitos de doença mental, e ainda a criação de um fundo de beneficência pública destinada aos alienados (Fleming, 1976, cit in, Alves & Silva, 2004). Contudo, a construção dos hospitais, prevista pela lei, apenas se realizou 50 anos mais tarde, já no século XX. Desta forma, em 1942, foi criado o hospital Júlio de Matos, em 1945, o Manicómio de Sena e, em 1946, o hospital Sobral Cid. No ano de 1953, autorizou-se a construção do hospital Magalhães Lemos (Alves & Silva, 2004).

Todavia antes mesmo da criação destes hospitais, outros continuaram a desenvolver as suas atividades. Após a morte de Miguel Bombarda, a direção do Manicómio Bombarda foi assumida por Júlio Xavier de Matos, em 1911 (Cintra & Santos, 2012). Segundo Mendonça (2006), a vocação e atividade de Júlio de Matos na área do ensino tornaram-no conhecido como mestre de extraordinárias qualidades

didáticas e autor do *Manual de Doenças Mentais*.² Por isso, de acordo com Cintra & Santos (2012), no período em que esteve como diretor do Manicómio Bombarda, Júlio de Matos dedicou parte da sua atividade ao ensino da psiquiatria.

Ainda no que respeita a este clínico, sublinhe-se que, quando ingressou no hospital, encontrou o empresário António Higinio Salgado de Araújo, que fora forçadamente internado pelos seus sócios. O internamento de Salgado de Araújo sensibilizou-o para as condições degradantes em que viviam os doentes mentais. Desta forma, este deixou em testamento terrenos para que o Estado construísse um novo hospital psiquiátrico, o qual deveria estar pronto antes de 1940 (Santos, n.d). Embora o estabelecimento só tenha sido inaugurado a dois de abril de 1942, no ano de 1939, a obra encontrava-se concluída e, na opinião de Santos (n.d), tal facto ficou devido ao entusiasmo e influência de Júlio de Matos.

Saliente-se ainda que, no ano de 1911, foi criado o ensino oficial de psiquiatria em Lisboa (no Manicómio Bombarda), no Porto (no hospital do Conde de Ferreira) e em Coimbra (no hospital da Universidade de Coimbra). Nesse mesmo ano, assistiu-se também à promulgação do Decreto de 11 de maio, que estabelecia o *Estatuto dos Alienados* da autoria de Júlio de Matos. Este estatuto previa a criação de colónias agrícolas, serviços específicos para doentes *agudos* e *crónicos* e serviços de consultas para doentes externos (Alves & Silva, 2004).

Após a morte de Júlio de Matos, é nomeado diretor do Manicómio Bombarda José de Matos Sobral Cid, em 1923. De acordo com Mendonça (2006), enquanto Sobral Cid dirigiu o Manicómio Bombarda, este dedicou-se ao estudo clínico dos seus doentes. Neste sentido, Almeida Amaral (1949, cit in, Cintra & Santos, 2012, p. 48) menciona que Sobral Cid:

² Primeiro livro publicado no nosso país, dirigido ao ensino da psiquiatria e, dedicado a António Maria de Sena (Mendonça, 2006, p. 39).

Era dotado duma inteligência invulgar, tinha excecional capacidade para estudar psicologicamente os doentes (...) as histórias clínicas são um modelo de profunda e minuciosa observação, em que os sintomas mais finos, mais delicados são pesquisados com subtileza e com exatidão.

No entanto, no período em que Sobral Cid dirigiu o hospital, este viveu de acordo com Cintra & Santos (2012) um período de decadência. O estabelecimento degradava-se, estando longe de satisfazer as exigências da assistência psiquiátrica. Num hospital projetado para receber 300 doentes, a lotação chegara aos 1100, o que dificultava o auxílio aos mesmos. Esta situação levou a que Sobral Cid escrevesse textos dedicados à organização dos serviços assistenciais, dos quais destacamos: *A Clínica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda)* de 1925, *Reforma e Atualização da Assistência Psiquiátrica em Portugal* (1927), *Processo Histórico e Moderna Orientação da Assistência Psiquiátrica* (1931) e *Assistance Sociale – La Formation du Personnel Auxiliaire des Organisations d`Hygiene Mentale* de 1943 (Mendonça, 2006).

Após a morte de Sobral Cid, o seu discípulo, Almeida Amaral, assumiu a direção do Manicómio Bombarda, em 1945. A atividade deste médico ficou sobretudo associada a dois aspetos: a independência do Manicómio Bombarda em relação ao hospital de S. José e as comemorações centenárias do Manicómio Bombarda, as quais foram precedidas de muitas obras de renovação do estabelecimento que passou a chamar-se Hospital Miguel Bombarda (Cintra & Santos, 2012). Almeida Amaral foi o diretor que permaneceu mais tempo em funções, pelo que, em 1974 ainda se encontrava a dirigir o estabelecimento (Cintra & Durval, 2012).

Todavia, antes mesmo de Almeida Amaral se tornar diretor do Manicómio Bombarda, inaugurou-se a dois de abril de 1942, em Lisboa, na Avenida Alferes Malheiro ³, um novo hospital psiquiátrico, que se viria a chamar hospital Júlio de Matos (Mendonça, 2006). António José Pereira Flores foi o primeiro diretor do

³ Atual Avenida do Brasil (Mendonça, 2006, p. 45).

estabelecimento. De acordo com Barahona Fernandes (1980) & Mendonça (2006), deve-se a António Flores a criação de condições para uma reforma institucional. Esta foi conseguida, no hospital Júlio de Matos, graças ao entusiasmo coletivo de todos os que colaboraram sob a direção de António Flores: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pessoal técnico e administrativo. Na opinião dos autores supracitados, todos esses colaboradores fizeram com que o hospital Júlio de Matos se tornasse num local de intensa atividade clínica, científica e neurocirúrgica, produzindo investigações e estudos, que foram sendo publicados na revista *Anais Portugueses de Psiquiatria*.⁴ Por tudo isto, Mendonça (2006) & Santos (n.d) referem que o hospital cedo adquiriu renome internacional, o que contribuiu para que nele fosse realizada, no ano de 1947, a primeira Reunião Europeia de Neurocirurgia e, no ano seguinte, o primeiro Congresso Internacional de Psicocirurgia (Santos, n.d).

Contudo, além da reforma institucional encetada por António Flores, no hospital Júlio de Matos, deve-se também a ele a preparação de uma reforma de assistência psiquiátrica, a qual assentou nos anseios dos seus colaboradores e na experiência pessoal que o médico colheu no seu país e no estrangeiro. O resultado do seu esforço viria a concretizar-se em abril de 1945, com a publicação da Lei nº. 2006, que ficou conhecida por Lei de Assistência Psiquiátrica (Mendonça, 2006).

De acordo com Soares (2008) & Mendonça (2006), a dezoito de abril de 1945 foi publicado o decreto 34.502, que regulamentou e pôs em execução a Lei de Assistência Psiquiátrica. Esta lei determinou que, para efeitos de assistência psiquiátrica, o país ficaria dividido em três zonas: norte, centro e sul, com sede respetivamente no Porto, Coimbra e Lisboa. O serviço de cada zona era assegurado por um Centro de Assistência Psiquiátrica. Para além disso, a lei previa também o socorro

⁴ Revista fundada em 1949 sob a direção de António Flores e Barahona Fernandes, sendo secretário da redação Seabra – Dinis. Foram publicados 20 volumes até 1973, reunindo prestigiada colaboração nacional e estrangeira (Mendonça, 2006, p. 46).

domiciliário ou a colocação familiar como alternativa ao internamento, bem como a criação de cursos e estágios pós-escolares para formação de pessoal médico, de enfermagem e de serviço social, entre outras medidas.

Saliente-se que, ainda no ano de 1945, foram publicados os decretos que regulamentaram o centro de assistência psiquiátrica da zona sul e da zona centro (Decreto nº 34. 534, de 26 de abril de 1945 e Decreto nº 34.547, de 28 de abril de 1946, respetivamente) (Soares, 2008). No âmbito da regulamentação do Decreto de assistência psiquiátrica da zona centro, foi criado no local destinado para uma Colónia Agrícola um Hospital Psiquiátrico, ao qual foi dado o nome de Sobral Cid.⁵ (Mendonça, 2006). No que respeita ao regulamento do centro de assistência psiquiátrica da zona norte, este só foi publicado no ano seguinte (Decreto nº 36 049, de dezoito de dezembro de 1946) (Soares, 2008).

De acordo com Soares (2008), a lei nº. 2006 abriu expectativas para a assistência psiquiátrica. Todavia, na opinião da autora supracitada a mesma deparou-se com algumas limitações, designadamente ao nível dos recursos financeiros e humanos.

Ainda no que respeita ao hospital Júlio de Matos, saliente-se que, na opinião de Santos (n.d), este teve um vasto corpo clínico desde Barahona Fernandes, Pedro Polónio, Jacinto Azevedo Mota, António Esteves, Fragoso Mendes, Seabra Diniz, João dos Santos, entre outros.

Voltando ao Decreto – Lei 34.547, que criou o hospital Sobral Cid, é importante salientar que inicialmente a gestão do estabelecimento ficou entregue a uma Comissão Instaladora. Esta era composta por Bissaya Barreto, que a presidiu, pelo administrativo José Gomes Rios e pelo psiquiatra Mário Granada Afonso. A Comissão procedeu à instalação de todo o equipamento do hospital, bem como à contratação de pessoal

⁵ Homenagem de Bissaya Barreto ao psiquiatra Sobral Cid que fora seu mestre na Universidade de Coimbra e conselheiro em matéria de assistência psiquiátrica (Mendonça, 2006, p. 56).

administrativo, do corpo clínico e de enfermagem (Mendonça. 2006).

Porém, a 1 de janeiro de 1948, a Comissão Instaladora cessou e o hospital Sobral Cid passou a ter autonomia administrativa, personalidade jurídica e orçamento próprio. Neste sentido, Granada Afonso foi nomeado o primeiro diretor do estabelecimento, tendo como seu adjunto Valentim Almeida de Sousa. De acordo com Barahona Fernandes (1948, cit in, Mendonça, 2006), Granada Afonso marcou uma nova geração de psiquiatras portugueses. Embora tenha exercido parte da sua carreira no Manicómio Bombarda (com condições precárias), este adquiriu, de acordo com o autor, uma boa base formativa. Por isso, segundo Mendonça (2006), os enfermeiros e médicos que com ele trabalharam no hospital Sobral Cid aludiram o seu saber, bem como, a sua perícia na prática clínica.

Enquanto este clínico se manteve como diretor do estabelecimento, o diagnóstico médico realizado aos doentes consistia na colheita de líquido céfalo-raquidiano, por punção lombar. Quanto aos meios terapêuticos, é importante salientar que Granada Afonso optou por introduziu tratamentos que não provocassem sedação específica no doente. Para isso, empregou os apiáceos, barbitúricos, brometos, paraldeído, balneoterapia, insulinoaterapia, terapias de choque, curas de sono, e abcessos de fixação (Mendonça, 2006).

Quando Granada Afonso se demitiu do hospital, em 1954, o ministro Trigo de Negreiros deu instruções para que Domingues Vaz Pais assumisse a chefia dos serviços clínicos até à nomeação de um novo diretor. Domingues Vaz Pais nomeou para seu adjunto Joaquim Machado Araújo, que acumulou mais tarde o cargo de administrador daquele estabelecimento. No entanto, Machado Araújo assumiu-se como um gerente muito repressivo, quer para com os enfermeiros, submetendo-os a normas rígidas, quer para com os próprios doentes mentais (Mendonça, 2006).

Apenas no dia um de novembro de 1954 iniciou funções João de Sousa Gomes, que sucedeu a Granada Afonso na direção do hospital Sobral Cid. Na opinião de Mendonça (2006), Sousa Gomes foi um clínico escrupuloso e experiente que dominou a psiquiatria clássica e os recursos terapêuticos da época, atribuindo à terapia ocupacional um lugar de destaque. Contudo, o novo diretor do estabelecimento não compactuou com a situação criada por Machado Araújo. Neste sentido, Sousa Gomes pediu demissão do hospital depois de seis meses de atividade.

Após a saída de Sousa Gomes como diretor do estabelecimento, Machado Araújo assumiu todas as funções do mesmo. Este melhorou o parque do hospital e, em termos assistenciais, preencheu a carência de enfermeiros com vigilantes. Para além disso, procedeu à restauração das caves dos pavilhões com a finalidade de instalar oficinas de ergoterapia: dobragem de papel, encadernação, tecelagem e cestaria (Mendonça, 2006).

Assim, o hospital Sobral Cid conheceu ao longo da década de 50 do século XX diferentes clínicos e conseqüentemente alterações a nível estrutural e terapêutico. Porém, note-se que a década de 50 do século XX ficou também marcada pela introdução de psicofármacos, quer no hospital Sobral Cid, quer em outros hospitais, nomeadamente no hospital Miguel Bombarda (Mendonça, 2006 e Cintra & Durval, 2012). Os psicofármacos traduziram-se, na opinião de Cintra & Durval (2012), em melhorias no tratamento dos doentes mentais e os seus progressos permitiram que se passasse a tratar alguns doentes na comunidade, ou seja, de modo extra hospitalar. Neste sentido, de acordo com Santos (n.d), assistiu-se à necessidade de detetar e acompanhar as perturbações mentais junto da comunidade, por forma a combater a marginalização social destes doentes (Santos, n.d).

É neste contexto que em 1958 foi criado, pelo Decreto-lei nº. 41759/58, o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), ao qual competia coordenar, orientar e fiscalizar a ação profilática, terapêutica e pedagógica no combate às doenças mentais. Por isso, era também da responsabilidade deste organismo criar estabelecimentos e serviços necessários à observação e tratamento destes doentes.

Mais tarde, e seguindo os princípios que norteavam o Instituto de Assistência Psiquiátrica, foi criada em Portugal, no ano de 1963, a Lei de Saúde Mental (LSM nº 2118). De acordo com Alves & Silva (2004), esta lei criou os Centros de Saúde Mental, com o objetivo de des-hospitalizar a psiquiatria e levá-la à comunidade. Neste sentido, os centros de saúde mental foram sendo criados ao longo dos anos 70, mudando os nomes dos hospitais para centros de saúde mental. Contudo, apesar da legislação, na prática as respostas de saúde mental continuaram na lógica hospitalar. De acordo com Ornelas (1989), com a abertura dos Centros de Saúde Mental desenvolveu-se um processo conhecido por desinstitucionalização psiquiátrica, do qual já falamos anteriormente. Este processo implica uma abordagem comunitária, devendo por isso existir cuidados na comunidade (OMS, 2001). É assente nestas premissas que surge a noção de reabilitação psicossocial, a qual abordaremos mais adiante.

CAPÍTULO IV
AS ORDENS RELIGIOSAS ENQUANTO PROMOTORAS DE SAÚDE
MENTAL

1. Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

Neste capítulo, abordaremos as ordens religiosas, especialmente a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, as quais prestam cuidados aos doentes de foro mental.

No que respeita à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, o seu surgimento deve-se a João Cidade, nascido a oito de março de 1495, em Montemor-o-Novo. (Silva, 1992). Todavia, com apenas oito anos de idade, João Cidade deixou a sua terra natal e foi para Espanha na companhia de um clérigo, que o instalou em Oropesa, Toledo. Nessa cidade, João viveu muito tempo com a família Mayoral e ocupou-se da guarda dos rebanhos (Gomez Moreno, 1950).

Contudo, no ano de 1533, João Cidade decidiu regressar a Montemor-o-Novo, mas foi informado pelo tio que os seus pais já haviam falecido (Silva, 1992). Embora o tio lhe tivesse oferecido casa e ajuda, João recusou dizendo:

Señor tio, pues Dios fué servido de llevarse a mis padres, mi voluntad es de no quedar en esta tierra, sino de buscar a donda sirva a nuestro Señor (...) Confío en mi Señor Iesu - Cristo que me dará a su gracia para que este deseo le ponga muy de veras en execución (Gomez Moreno, 1950, p. 36).⁶

Por isso, João Cidade regressou para Espanha e permaneceu um tempo em Sevilha, voltando a trabalhar como pastor (Silva, 1992).

Mais tarde dirigiu-se para Ceuta, onde trabalhou nas obras de fortificação da cidade.⁷ No entanto, em Ceuta, João Cidade entrou numa profunda crise espiritual, e pediu ajuda a um frade douto que o mandou sair daquela terra e regressar para a Península (Gomez Moreno, 1950). João Cidade seguiu os conselhos do frade e decidiu

⁶ Senhor meu tio, uma vez que Deus levou os meus pais, a minha vontade é de não permanecer nesta terra, mas de ir aonde sirva a Nosso Senhor (...) Confio em Jesus Cristo que me há-de dar a graça de pôr em prática este meu desejo (Gomez Moreno, 1950, p. 36).

⁷ Sublinhe-se que com o salário que João Cidade recebeu, conseguiu ajudar uma família portuguesa que se encontrava doente (Postulação geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, 2002, p. 13)

ir morar para Gibraltar. Segundo Gomez Moreno (1950), naquela cidade, João ocupou-se da venda de livros para garantir o seu sustento e ajudar os mais necessitados. Porém, depois de se estabilizar economicamente, optou por ir viver para a cidade de Granada, tendo aberto uma tenda na zona da Porta Elvira (Postulação Geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, 2002).⁸ Já instalado em Granada, João Cidade decidiu assistir à festa de S. Sebastião que se celebrou na ermida dos Mártires, perto de Alhambra, no dia vinte de janeiro de 1538 (Gomes Moreno, 1950 & Silva, 1992). Nesta festa, o Padre Mestre João Ávila foi o autor da homília (Gomez Moreno, 1950). De acordo com o autor supramencionado, João Cidade ficou muito impressionado com o comentário de João Ávila àquela passagem do Evangelho pelo que:

Acabado el sermón, salió de allí como fuera de sí, dando voces pidiendo a Dios misericordia, y en menosprecio de sí se arrojaba por el suelo dándose cabezadas por las paredes, y arrancándose las barbas y las cejas, y haciendo otras cosas (...) Illegado a su posada echó mano de los libros que tenía (...) dábalos libremente de gracia al primero que se los pedia por amor de Dios; y lo mismo hizo de las imagines y de todo lo demás que en sua casa tenía. (Gomez Moreno, 1950, p. 46).⁹

A reação inesperada de João Cidade àquele sermão levou ao seu internamento no Hospital Real, como se de um louco se tratasse (Gomez Moreno 1950). Porém, de acordo com o autor referido anteriormente, foi naquele estabelecimento que João Cidade encontrou resposta à sua impaciente busca de servir o Senhor. Vendo os doentes a serem maltratados ele dizia:

⁸ Postulação Geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus adiante designada de Postulação Geral da OHSJD.

⁹ Acabado o sermão, saiu dali fora de si, suplicando em alta voz a misericórdia de Deus, e em desespero atirou-se para o chão dando cabeçadas nas paredes, rasgando a barba e as sobrancelhas, e fazendo outras coisas. Chegado à sua pousada lançou mão sob os livros que tinha (...) dando-os de boa vontade e gratuitamente ao primeiro que os pedisse por amor de Deus, e o mesmo fez com tudo o que tinha em casa.

Iesu - Cristo me traiga a tiempo y me dé gracia para que yo tenga un hospital, donda pueda recoger los pobres desamparados y faltos de juicio, y servirles como yo deseo (Gomez Moreno, 1950, p. 52).¹⁰

A vontade manifestada por João Cidade em ajudar os mais desprotegidos viria a concretizar-se no ano de 1540 (Silva, 1992). Assim, com ajuda de algumas pessoas devotas, alugou uma casa, acolhendo nela indivíduos que se encontravam na rua, pelas mais diversas razões (Silva, 1992).

Mais tarde, devido à ajuda do arcebispo de Granada, o *hospital* fundado por João Cidade foi transferido para o velho convento das Carmelitas, na Encosta de los Gomeles. Nesse local foi possível abrir secções especiais para peregrinos, viajantes, doentes mentais e doentes das mais diversas enfermidades (Silva, 1992).

De acordo com o autor anteriormente referido, João Cidade desenvolveu ao longo da sua vida uma imensa vontade de ajudar os outros, servindo a Deus, dessa forma. Por esse motivo, o Presidente da Câmara de Granada e o Bispo de Tui instituíram-lhe o nome de João de Deus, pelo qual ficou conhecido (Silva, 1992).

João de Deus acabaria por falecer a oito de março de 1550, com 55 anos de idade, em casa de Garcia de Pisa. Foi canonizado no dia dezasseis de outubro de 1690 e proclamado patrono dos hospitais e dos doentes em 1886 (Postulação geral da OHSJD, 2002 & Silva, 1992).

Todavia, segundo Silva (1992), apesar da morte de João de Deus, a atividade fundacional não se interrompeu, pelo que se assistiu à admissão de Irmãos para a Congregação.¹¹ Para além disso, foram sendo inaugurados novos hospitais quer em Espanha como em outros países (Silva, 1992).¹²

¹⁰Jesus Cristo me conceda tempo e me dê a graça de eu ter um hospital, onde eu possa recolher os pobres desamparados e faltos de juízo, e servi-los como desejo (Gomez Moreno, 1950, p. 52).

¹¹No ano de 1586, a Congregação elevou-se à categoria de Ordem, mediante o Breve de Sixto V *Etsi pro debito*, de um de outubro. (Silva, 1992, p. 52).

¹²Deve-se a Antão Martim a fundação de muitos hospitais em Espanha, (Silva, 1992, p. 49).

No que respeita especificamente à entrada da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus em Portugal, esta deve-se às diligências do clérigo eborense de Ordens Menores, mais precisamente a João Gomes de Vasconcelos, que em 1607, comprou a casa onde nascera S. João de Deus. Após a sua compra, João Gomes de Vasconcelos entregou-a à Câmara e à Justiça, para que o vigário da Vila, Luís Rodrigues Seco, lançasse a primeira pedra de um oratório e mandasse erguer um altar, colocando neste a imagem do santo (Lavajo, 2003). Por aquela altura, dois Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus, João López Pinheiro e Jacinto Pérez, vieram de Espanha para identificarem a casa, onde o Santo tinha nascido, e nela se instalarem e incrementarem o seu culto (Lavajo, 2003). Embora estes Irmãos tivessem travado algumas lutas com o Rei e com as autoridades locais, a verdade é que, segundo o autor supracitado, eles foram os responsáveis pela fundação do Convento-Hospital, em Montemor-o-Novo, que chegou a ter 200 camas.

Saliente-se que para além da fundação do Convento-Hospital, os Irmãos Hospitaleiros aceitaram tomar a seu cargo, no ano de 1629, um hospital lisboeta. Era o denominado Hospital Geral da rua das janelas verdes. Este estabelecimento era destinado a nobres, oficiais do exército e sacerdotes (Lavajo, 2003).

Estas duas casas portuguesas estavam dependentes da Congregação Hospitaleira Espanhola. Todavia, durante a guerra da Restauração da Independência, entre 1640 e 1668, estas instituições cortaram a ligação com a Congregação Espanhola. Desta forma, os Irmãos portugueses continuaram em Portugal e os espanhóis que estavam nas casas de Montemor-o-Novo e Lisboa deslocaram-se para as regiões fronteiriças, onde criaram hospitais de campanha para acolher os soldados que combatiam ao serviço da coroa, prestando-lhes assistência hospitalar, bem como apoio moral, físico e religioso (Lavajo, 2003 & Borges, 2007). Segundo Borges (2007) estas infraestruturas foram criando a sua própria identidade, tendo como referência arquitetónica e urbana em Portugal o Hospital

da Boa Nova.

Só depois da batalha de Montes Claros, em 1665, foi possível reatar as relações da Congregação Espanhola com as casas portuguesas, mantendo-se estas últimas sob a dependência de Espanha (Lavajo, 2003). Segundo Silva (1992), após se reatarem as relações entre as duas Congregações, estas voltaram a trabalhar juntas como até então o haviam feito. Porém, de acordo com o autor supracitado, no ano de 1703, o vínculo da Província Portuguesa com a de Espanha interrompeu-se novamente e, no ano de 1727, D. João V exigiu a separação perpétua e completa entre as mesmas.

As duas comunidades então separadas viriam mais tarde a ser extintas nos respectivos países, assim como as demais ordens religiosas. Em Espanha, tal sucedeu no ano de 1850 e, em Portugal, pelo decreto de 28 de maio de 1834 (Lavajo, 2003).

Para percebermos as causas que levaram Portugal a extinguir as ordens religiosas, será pertinente recorrer aos antecedentes históricos. Assim, embora a situação do país no século XIX determine, segundo Grancho (2010), a extinção das Ordens Religiosas em Portugal, é necessário retroceder ao reinado de D. José, mais precisamente à segunda metade de setecentos, para determos uma visão mais global das causas que levaram a essa dissolvência.

Desta forma, no início da segunda metade do século XVIII, Marquês de Pombal, expulsou os jesuítas do nosso país pelo alvará de três de setembro de 1759 (Silveira, 1980). Segundo o autor supracitado, esta atitude, bem como outras circunstâncias fizeram decair algumas ordens religiosas, passando estas a serem alvo de fortes críticas. Sublinhe-se que, essas advertências em nada beneficiaram as ordens religiosas, pois, a partir delas, introduziram-se alguns decretos que as prejudicaram (Ferreira 2002). Assim, a dezassete de maio de 1832, Mouzinho da Silveira extinguiu alguns conventos nos Açores, declarando nacionais os seus bens (Silveira, 1980). Mais tarde, decretou-se

a cinco de agosto de 1833 a impossibilidade de admissão às Ordens Sacras, bem como a proibição de ingressarem noviços em qualquer Ordem (Ulrick, 1905). Quatro dias após a saída deste decreto, um outro fez apologia contra as Ordens Religiosas. Segundo Ulrick (1905), este último afirmava que as Ordens Religiosas não iam de encontro às doutrinas da Carta Constitucional e aos princípios eclesiásticos, pelo que todos os fiéis deveriam ficar submetidos aos bispos da sua diocese. Para além disso, o mesmo decreto previa que os conventos de religiosas e religiosos elegeassem um prelado, em capítulo anual, devendo a dita eleição ser comunicada ao bispo e os autos remetidos para a Secretaria dos Negócios Eclesiásticos e da Justiça. Contudo, esta eleição só se concretizaria quando nos conventos existisse um número de professos superior a doze. Por isso, nos casos onde não se excedesse os doze religiosos, o Estado responsabilizava-se pelo envio destes para outros conventos, revertendo os bens do dito convento para a Fazenda Nacional. O não cumprimento destas disposições levaria à declaração de rebeldes, à supressão dos conventos e à incorporação dos seus bens nos Bens Nacionais, não ficando o Estado obrigado a pagar qualquer subsídio aos egressos (Ulrick, 1905).

A emissão de todos estes decretos, ofícios e portarias condicionaram, segundo Grancho (2010), a estabilidade das comunidades religiosas.

Contudo, na opinião de Ulrick (1905), as Ordens Religiosas existentes em todo o território nacional decaíram não apenas pela produção jurídica de que foram alvo mas, também, por fatores de outra ordem. Desta forma, na perspetiva do autor acima referido, a descrença do povo e a redução dos donativos, por parte da burguesia foram fatores que também contribuíram para que as comunidades religiosas perdessem poder e segurança.

Embora todos os fatores anteriormente mencionados tenham contribuído para a extinção das Ordens Religiosas em Portugal, há um que de acordo com Ulrick (1905) & Silva (1982, cit in, Grancho, 2010) ditou definitivamente essa dissolução. Assim,

segundo os autores mencionados, o fato de a maioria das comunidades religiosas se aliarem a D. Miguel, no decorrer da Guerra Civil, entre 1832 e 1834, acabou por determinar definitivamente a extinção destas. Isto porque, com o final da guerra, a vitória pertenceu à facção liberal. Por isso, com este triunfo, D. Pedro IV compreendeu a necessidade de fortalecer a política do regime, assim como a resolução da crise financeira. Neste sentido, este procedeu ao encerramento das instituições ligadas ao Antigo Regime, sobretudo as Ordens Religiosas, retirando-lhes toda a sua influência ideológica, política e económica, concretizando-o no decreto de Joaquim Gomes de Aguiar, de 30 de maio de 1834 (Ulrick, 1905 & Silva, 1982, cit in, Grancho, 2010).

No entanto, as comunidades religiosas regressaram a Portugal. Segundo Villares (1995), estas retornaram ao país ao longo do século XIX, fazendo-o com alguma descrição.

Assim, por exemplo, de acordo com Villares (1995) nos anos 50 do século XIX uma das Ordens Religiosas a reentrar no nosso país foi a Companhia de Jesus. Também, na década de 60, daquele século, outras Ordens Religiosas reentraram em Portugal, nomeadamente: a Ordem dos Franciscanos, das Doroteias, e dos Padres do Espírito Santo. A comunidade religiosa das Irmãs de S. José de Cluny e das Irmãzinhas dos pobres voltaram para o nosso país nos anos 80 do século XIX (Almeida, n.d., cit in, Villares, 1995). Sublinhe-se ainda que as várias Congregações Franciscanas femininas também regressaram a Portugal, desenvolvendo o seu trabalho ao longo da segunda metade do século XIX (Almeida, n.d., cit in, Villares, 1995).

No que respeita ao ressurgimento da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus no nosso país, Bento Menni, religioso daquela Comunidade, foi o responsável pela sua reentrada não só no nosso país, mas também em Espanha (Silva, 1992 & Lavajo, 2003).

Assim, o regresso da Ordem Hospitaleira em Espanha surge com a fundação de

um pequeno hospital infantil, em Barcelona, no ano de 1867. Com a abertura desta casa, Menni conseguiu terminar o interregno que havia começado em 1850, com a extinção das Ordens Religiosas naquele país (Silva, 1992 & Lavajo, 2003).¹³

Em Portugal, a restauração da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus iniciou-se quando Bento Menni enviou, no ano de 1890, dois Irmãos da sua Comunidade a Montemor-o-Novo, a fim de restaurarem a ermida de S. João de Deus. Mais tarde, deslocou-se ele próprio a Portugal. Foi, por essa altura, que os responsáveis da Irmandade de Clérigos Pobres, instalados no antigo convento de Santa Marta, procuraram Bento Menni para lhe solicitar que os Irmãos da sua Ordem se responsabilizassem pela direção e gestão daquela casa (Silva, 1992 & Lavajo, 2003). Embora a aprovação formal para o início do funcionamento do Hospício de Santa Marta seja apenas datada de sete de março de 1892, na opinião de Lavajo (2003), as atividades nesta instituição começaram mesmo antes da autorização formal do Senhor Cardeal Patriarca de Lisboa.

Todavia, os Irmãos Hospitaleiros permaneceram pouco tempo no Hospício de Santa Marta. Segundo Lavajo (2003), as dificuldades de ordem económica e os atritos com alguns sacerdotes do Hospício estiveram na base da efémera permanência daqueles Irmãos na instituição. Porém, o mesmo autor refere que a passagem pelo Hospício de Santa Marta deu frutos duradouros, na medida em que a obra da Ordem Hospitaleira se tornou cada vez mais conhecida entre o clero lisboeta, mas também entre os bispos, padres e leigos. Para além disso, permitiu também que se fundassem novas casas como o Hospício de Aldeia da Ponte.

¹³ Para além do hospital infantil, o Pe. Menni abriu outras instituições em Espanha, a maioria das quais de apoio aos doentes mentais, como por exemplo, a casa de Ciempozuelos, no ano de 1877. Por esta altura, o Pe. Menni sentiu necessidade de abrir uma instituição para tratar as mulheres psiquicamente afetadas, uma vez que a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, se destina apenas ao tratamento de doentes do sexo masculino (Silva, 1992, p. 95 & Lavajo, 2003 p. 34).

No que respeita à criação do Hospício de Aldeia da Ponte, esta deveu-se à ação de Bento Menni, bem como a dois irmãos sacerdotes da Covilhã, os quais, apercebendo-se do trabalho desenvolvido pela Ordem Hospitaleira, auxiliaram na sua construção (Lavajo, 2003). O Hospício de Aldeia da Ponte iria receber inicialmente doentes mentais e pensionistas, pois eram os que, naquela localidade, apresentavam mais necessidades. Para além disso, também seria instituído naquela casa o noviciado da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, em Portugal (Lavajo, 2003). No entanto, de acordo com o mesmo autor, razões de ordem prática determinaram que a instituição acolhesse crianças doentes e órfãos, ao invés do que estava previsto. Saliente-se que também não foi instituído o noviciado da ordem como previamente planeado (Lavajo, 2003).

Embora de acordo com Lavajo (2003) & Cordo (2002), Bento Menni não tenha conseguido edificar em Aldeia da Ponte uma casa para apoiar os doentes mentais, iria conseguir fazê-lo ao adquirir a Quinta do Telhal. Acerca desta aquisição e dos frutos que trouxera, falaremos mais adiante.

Voltando ao Hospício de Aldeia da Ponte, de acordo com Lavajo (2003), a vinte de abril de 1891, Bento Menni solicitou o parecer do projeto do Hospício ao Conselho Geral, o qual o aprovou. Mais tarde, a 27 de janeiro de 1892, Bento Menni escreveu uma carta ao Bispo da Guarda a solicitar a devida autorização canónica. Porém, o mesmo respondeu não ser necessário qualquer tipo de licença. Por isso, em meados de 1892, o Hospício de Aldeia da Ponte entrou em funcionamento (Lavajo, 2003).

Segundo Lavajo (2003), apesar do entusiasmo que envolveu a obra, esta acabaria por durar apenas seis anos. As dificuldades económicas e as de natureza sócio-política foram as causas que levaram ao encerramento do Hospício de Aldeia da Ponte (Lavajo, 2003).

Porém, antes mesmo do Hospício de Aldeia da Ponte encerrar, Bento Menni adquiriu a Quinta do Telhal, cuja escritura de compra e venda é datada de 29 de junho de 1893. A aquisição desta quinta possibilitou a fundação da Casa de Saúde do Telhal, a qual apoia doentes com perturbações mentais (Cordo, 2002 & Lavajo, 2003).

Para compreendermos todo o trabalho desenvolvido nesta instituição, é importante que recuemos aos primeiros anos do seu funcionamento.

Assim, segundo Cordo (2002), os primeiros tempos foram bastante desgastantes. Tal facto justifica-se porque naquela altura, os recursos existentes eram escassos e, para assegurar a manutenção da instituição, muitos irmãos pediam esmola por Portugal inteiro. Contudo, pouco era o dinheiro que se conseguia recolher. Por isso, durante longos anos, a Comunidade dos Irmãos do Telhal viveu de legumes, pão, ovos, leite e frutas da casa. Para economizar, raramente se comia carne e era proibido beber vinho (Lavajo 2003 & Cordo, 2002).

Para além destes problemas iniciais, a Casa de Saúde do Telhal sofreu um forte abalo aquando da implementação da República, pois foi reacendida a questão religiosa já discutida por Marquês de Pombal no século XVIII, e retomada ao longo de Oitocentos (Neto, 2010). Desta forma, a oito de outubro de 1910 foi publicado o decreto que punha em vigor as leis pombalinas contra os Jesuítas e a lei de Joaquim António Aguiar que extinguiu as ordens religiosas em Portugal. No dia doze de outubro de 1910, os feriados religiosos foram abolidos e no dia 22 do mesmo ano foi publicado o decreto que excluiu o ensino da doutrina cristã nas escolas primárias. A três de novembro do mesmo ano surgiu a lei do divórcio e a 25 de dezembro foram publicadas as leis da família. Assim, com a publicação destes decretos houve uma rutura entre o Estado e a Religião Cristã.

Porém, a atuação dos Irmãos Hospitaleiros e a visita de Afonso Costa, Ministro da Justiça, àquela casa, contribuíram para que, apesar dos condicionalismos impostos, a atividade dos Irmãos continuasse a ser desenvolvida (Cordo, 2002).

Para além de todos essas dificuldades outras iam surgindo aos Irmãos Hospitaleiros, nomeadamente conflitos originados pelo Governo. No entanto, aquando do fim da Primeira Grande Guerra Mundial (1914-1918), o Governo, que tantas dificuldades criará aos Irmãos, solicitou-lhes assistência para os militares. Estes encontravam-se mentalmente perturbados devido aos gases usados pelas forças alemãs. Os Irmãos Hospitaleiros aceitaram prestar auxílio aos militares e a pensão que o Governo pagava para mantê-los internados na Casa de Saúde do Telhal permitiu-lhe encetar novas construções, designadamente o Pavilhão de S. José (Cordo, 2002).

Desta forma, na opinião de Cordo (2002), apesar dos diversos obstáculos que se associaram à Casa de Saúde do Telhal, esta tentou ultrapassá-los e inclusive melhorar a sua ação para com os doentes mentais. Exemplo dessa melhoria foram os diversos métodos aplicados na instituição e de que são exemplo: a hidroterapia, a diatermia, a organoterapia, a seroterapia, a malarioterapia, a electroconvulsivoterapia entre outros (Cordo, 2002). Para além dessas terapias psiquiátricas, outras foram surgindo ao longo dos tempos com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes (Cordo, 2002).

Todavia, segundo Cordo (2002), o bem-estar destes indivíduos não passava apenas pelas terapias psiquiátricas, mas também pela qualidade dos profissionais e das infra-estruturas daquela instituição. Por isso, na perspetiva da autora acima referida, a instituição pretendia a qualidade de todos os seus serviços a fim de promover um bom nível de vida para os seus doentes.

A Casa de Saúde do Telhal foi assim a primeira instituição inaugurada em Portugal pela Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, para

prestar cuidados aos doentes do foro mental (Cordo, 2002). No entanto, outras casas de apoio a estes utentes foram sendo inauguradas, nomeadamente: a Casa de Saúde de S. João de Deus, no Funchal; a Casa de Saúde S. Rafael, em Angra do Heroísmo; a Casa de Saúde S. João de Deus, em Barcelos; a Casa de Saúde S. Miguel, em Ponta Delgada e a Casa de Saúde de S. José, sedeada em Areias de Vilar, Barcelos (Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, 2007).¹⁴

De todas as casas anteriormente mencionadas, iremos descrever a Casa de Saúde de S. José, uma vez que a nossa investigação se desenvolve com os doentes desta instituição.

Esta casa é resultado da aquisição da *Quinta de Vilar*, em Areias de Vilar, Barcelos. Esta foi vendida à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus no dia 28 de janeiro de 1957, por cinco mil contos, tendo sido o Frei José Joaquim Fernandes a adquiri-la em nome da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira. Com a compra desta quinta, os Irmãos de S. João de Deus pretendiam criar um Centro Assistencial para doentes mentais (Cordo, 2002). De acordo com a autora supracitada, tal desejo viria a concretizar-se, pelo que, a cinco de fevereiro de 1957, deram entrada os primeiros cinco doentes na *Casa de Vilar*, tendo sido o primeiro Superior desta o Frei José Pedro Coelho. Depois dele outros Superiores lhe seguiram.¹⁵

A admissão de alguns Superiores na Casa de Saúde de S. José coincidiu com a requalificação desta instituição. Segundo Cordo (2002), estas obras contribuiriam para melhorar a assistência aos doentes internados. Por isso, todo o esforço feito no passado é, segundo a autora, o reflexo do presente.

¹⁴ Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus adiante designada de Província Portuguesa da OHSJD. Para além das Casas de Saúde associam-se à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus outras estruturas, nomeadamente, o Hospital de S. João de Deus; a Residência S. João Ávila e a Residência S. João de Deus (Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, 2007, p. 23-24).

¹⁵ Com a nomeação do Frei Joaquim Martins Ramos, para Superior da *Comunidade dos Irmãos de Vilar*, a um de agosto de 2001, entrou também em funções o primeiro diretor leigo do Centro Assistencial, Dr. Luís Daniel Sousa Fernandes (Cordo, 2000, p. 155).

Assim, atualmente a Casa de Saúde de S. José dispõem de seis estruturas de internamento, nomeadamente: Unidade S. Bento Menni; Unidade de S. João de Deus, Unidade S. João Grande; Unidade Pierluigi Marchesi; Residência Ângulo e Unidade de Saúde da Gelfa (Província Portuguesa da OHSJD, 2007).

A Unidade de S. Bento Menni é destinada a pessoas com doença mental de idade superior ou igual a sessenta e cinco anos de idade. Contudo, podem encontrar-se, nela, doentes com idades inferiores, desde que apresentem um elevado grau de deterioração intelectual (Província Portuguesa da OHSJD, 2007). No que respeita à Unidade S. João de Deus, esta destina-se a doentes mentais, com idade inferior a sessenta e cinco anos de idade e que se encontram em regime de internamento prolongado. Por outro lado, a Unidade S. João Grande destina-se a pessoas com deficiência mental, que se encontram em regime de longo internamento. Nesta estrutura, a faixa etária dos utentes é inferior a sessenta e cinco anos de idade (Província Portuguesa da OHSJD, 2007). A Unidade Irmão Pierluigi Marchesi é para os utentes, que por limitações crónicas e fatores sociais graves, são dependentes de outrem para desenvolverem as atividades diárias. No que concerne à Residência Ângulo, esta é uma estrutura habitacional destinada a sete doentes, semelhante a uma Unidade de Vida Protegida (Província Portuguesa da OHSJD, 2007). A Unidade de Saúde da Gelfa dá resposta a pessoas com doenças crónicas que necessitam de apoio psicossocial e cuidados clínicos. Os utentes que estão nesta estrutura, encontram-se internados durante um período indefinido de tempo.

2. Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

A Ordem Religiosa das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada pelo Pe. Menni e por duas senhoras de Granada, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez, com o objetivo de auxiliar as mulheres que se encontravam mentalmente afetadas (Silva, 1992).

Para compreendermos e determos uma visão mais global sobre a origem desta Comunidade Religiosa, é pertinente recorrer aos antecedentes históricos.

Assim, na perspectiva de Silva (1992), a vontade de prestar cuidados às mulheres portadoras de transtornos mentais foi manifestada pelo Pe. Menni após este ter restaurado a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, em Espanha. De acordo com o autor referido anteriormente, o Pe. Menni entrou em contacto com diversos institutos femininos a fim de suprir aquela necessidade, mas não encontrou solução para o seu problema. Todavia, o Pe. Menni iria conseguir colmatar aquela dificuldade. Com o apoio de Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez, duas amigas que entregaram as suas vidas ao serviço de Deus e do próximo, o Pe. Menni fundou a Ordem Religiosa das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. (Silva, 1992 & Giménez Vera, 1998).

No entanto, segundo os autores anteriormente mencionados, a criação desta Comunidade Religiosa não foi fácil, uma vez que o Pe. Menni e as amigas Maria Récio e Maria Angústias tiveram que ultrapassar alguns obstáculos. Porém, de acordo com Silva (1992) & Giménez Vera (1998), as dificuldades foram sendo ultrapassadas pelo que, a 21 de fevereiro de 1881, o Pe. Menni adquiriu uma casa em Ciempozuelos, Madrid, para que as candidatas à vida religiosa hospitaleira pudessem prestar auxílio às mulheres efémeras. Desta forma, no dia um de maio de 1881, as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus receberam a primeira doente mental. Porém, a fundação

oficial da Congregação é datada de 31 de maio de 1881, dia dedicado a Nossa Senhora do Sagrado Coração Jesus (Silva, 1992).¹⁶

Sublinhe-se que, após a abertura da primeira casa das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, em Ciempozuelos, muitas outras foram sendo fundadas. Por isso, ao celebrar-se o primeiro Centenário da fundação da Congregação, as estatísticas apontavam para 1.700 Irmãs e 92 estabelecimentos de assistência, os quais se encontravam localizados em dezassete países, nomeadamente Portugal (Silva, 1992).

No que respeita a Portugal, o primeiro estabelecimento de apoio às mulheres doentes mentais foi a Casa de Saúde de Idanha, a qual desenvolve a sua ação desde um de julho de 1894, nas valências de Saúde Mental, Psiquiatria, Reabilitação Psicossocial, Gerontopsiquiatria e Medicina Paliativa (Silva, 1992 & Oliveira e Filipe, 2009).

Atualmente, Portugal dispõe de doze estabelecimentos de saúde: oito em Portugal Continental, dois na Região Autónoma da Madeira e dois na Região Autónoma dos Açores. Estes são dirigidos pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração Jesus (Oliveira & Filipe, 2009).

¹⁶ Inicialmente as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração Jesus denominaram-se de Filhas de Nossa Senhora do Sagrado Coração de Jesus (Silva, 1992, p. 97).

CAPÍTULO V
A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

1. Reabilitação Psicossocial

As origens da reabilitação psicossocial fundamentam-se, na perspectiva de Cordo (2003), em avanços históricos. Por isso, a autora enfatiza que o início da desinstitucionalização psiquiátrica e o desenvolvimento da saúde mental comunitária, que abordamos em capítulos anteriores, foram premissas importantes para chegarmos à reabilitação psicossocial. O interesse por este processo tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas junto dos profissionais e dos organismos internacionais (Carvalho, 2013). Exemplo desse interesse é a definição de reabilitação psicossocial proposta pela OMS (2001). Esta definiu-a como:

Um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido ao transtorno mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade (OMS, 2001, p. 62).

Esta definição de reabilitação psicossocial é analisada por Carvalho (2013), não como uma simples técnica mas como um processo de transformação, o qual é na opinião da autora essencial para o utente. Isto porque, segundo a OMS (2001), a reabilitação psicossocial visa a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sociais, individuais e a criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência do utente.

Desta forma, a finalidade desse processo é, segundo Carvalho (2013), a integração social do doente. Este tem, segundo Ferreira (2013), o direito de viver uma existência completa, amando, trabalhando e estando com os outros. Todavia, de acordo com a OMS (2001) & Alves (2001), a aplicação das estratégias de reabilitação psicossocial, e consequentemente a integração social de cada doente, variam de acordo com as necessidades e potencialidades do mesmo, bem como do contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade).

Para além disso, é preciso ter em conta as condições sócio económicas e culturais do país onde é levado a cabo o processo de reabilitação psicossocial. Por isso, tendo em conta os fatores anteriormente mencionados, este procedimento pode apresentar frequentemente avanços e retrocessos para os quais o utente e consequentemente a família devem estar preparados (Alves, 2001). Contudo, segundo a autora supracitada, pretende-se que a reabilitação psicossocial e consequentemente a integração social do doente sejam desenvolvidas da melhor forma possível. Para isso, o utente pode contar com serviços psiquiátricos adequados, bem como com serviços que lhe proporcionem experiências socializadoras diversas (Alves, 2001). Segunda a autora mencionada anteriormente, o doente usufrui também do apoio dos dispositivos residenciais e da família. Sublinhe-se que esta última dispõe de apoio por parte dos profissionais que acompanham o processo de reabilitação psicossocial do enfermo (Alves, 2001).

Estes dois últimos apoios prestados ao utente serão caracterizados de forma mais específica uma vez que, segundo Alves (2001), são muito importantes para o processo de reabilitação do doente.

Assim, a família é, na opinião de Alves (2001), indispensável à reabilitação psicossocial do utente. Todavia, o apoio que esta presta ao enfermo é por vezes limitado, uma vez que há fatores implícitos à doença que levam a família a não se conseguir envolver no seu processo de recuperação. (Simon, et al., 1999, cit in, Silva, 2004). Segundo Carter & McGoldrich (1980, cit in, Ribeiro, 1997), exemplo de um desses fatores é a atitude estigmatizante com que os familiares dos doentes se depararam pois, para além de se terem de adaptar à presença de um familiar enfermo, ficam muitas vezes expostos à crítica da sociedade. Todavia, saliente-se que também o utente fica exposto a tais críticas. No entanto, estas despoletam diferentes reações no

doente e na família (Gomes, cit in, Alves, 2001 & Goffman, 1988). Assim, segundo Goffman (1988), o sentimento estigmatizante que o doente sente por parte da sociedade põem em causa a sua identidade social e pessoal, uma vez que o utente fica inseguro em relação a si próprio. Porém, como vimos anteriormente, a família também fica muito exposta, uma vez que um acontecimento quando afeta um dos seus membros tem impacto sobre todos os outros (Carter & McGoldrich, 1980, cit in, Ribeiro, 1997). Assim, os familiares enfrentam, segundo Covas (2011), grandes desafios e incertezas sentindo-se praticamente abandonados e desprotegidos. Por causa disso, estes apresentam muitas vezes sentimentos de rejeição e indiferença para com o doente, ao invés de os vínculos familiares se reforçarem (Gomes, 1986, cit in, Alves, 2001). Segundo Vasconcelos (2000, cit in, Alves, 2001), a existência de vínculos familiares é muito importante no regresso à comunidade. Nesta perspetiva, segundo Alves (2001) & Covas (2011), é importante que existam respostas de suporte, na comunidade, para que as famílias possam prestar os cuidados necessários ao utente. Contudo, por vezes, não se consegue privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, pelo que se recorre, por exemplo, ao internamento em unidades residenciais. No entanto, os dispositivos residenciais visam, também, promover a autonomia do doente uma vez que esta habilita o indivíduo a regressar ao domicílio.

As estruturas residenciais variam de acordo com o grau de autonomia e dependência do utente. Por isso, estes dispositivos vão desde serviços públicos para utilizadores dependentes, até dispositivos mais flexíveis (Vasconcelos, 2000, cit in, Alves, 2001).

Em Portugal, grande parte dos dispositivos residenciais são para utilizadores dependentes. Estes foram criados no nosso país pelo despacho conjunto nº 407/98 de 18 de junho de 1998. Passaremos, de seguida, a identificar e caracterizar cada um deles.

Assim, a unidade de vida apoiada consiste numa resposta habitacional destinada a pessoas que, por fatores sociais graves e limitações mentais crónicas, não conseguem organizar sem apoio as atividades da vida diária. Por sua vez, a unidade de vida protegida é uma estrutura habitacional para pessoas portadoras de doença mental grave e de evolução prolongada, clinicamente estabilizadas, com potencial de reabilitação. Para além destas duas estruturas, o nosso país dispõem também da unidade de vida autónoma, a qual se destina aos portadores de doença psíquica estabilizada, com capacidade de autonomia, permitindo a sua integração em emprego ou programas de formação. Por último, as pessoas com doenças do foro mental ou psiquiátrico podem contar com o Fórum Sócio Ocupacional, o qual se destina a pessoas com doença ou deficiência mental transitória ou permanente. Esta estrutura destina-se a promover a reinserção sócio familiar e profissional ou a sua eventual integração em emprego protegido ou programas de formação.

De acordo com a investigação realizada por Guterres (2002), os programas residenciais, embora recentes no nosso país, parecem cumprir os objetivos para os quais foram criados. Assim, estes enfatizam as competências sociais dos utentes, assim como a aprendizagem de novas aptidões. A autora refere que a aquisição de capacidades é essencial para os doentes, e deve ser constantemente estimulada, pois contribui para a autonomia dos mesmos.

CAPÍTULO VI

METODOLOGIA

1. Enquadramento Metodológico

Para podermos iniciar a nossa investigação na Casa de Saúde de S. José, em Areias de Vilar, concelho de Barcelos, distrito de Braga, foi necessário obter autorização do Diretor do Estabelecimento e da Comissão de Ética do Instituto de S. João de Deus. Após termos obtido permissão iniciamos o nosso estudo aplicando-lhe a metodologia qualitativa. Segundo Flick (2005), a investigação de cariz qualitativo é particularmente importante quando se pretende estudar as relações e os fenómenos sociais. Assim, uma vez que pretendíamos investigar os fatores que levavam os utentes, da casa de saúde de S. José, a pedir dinheiro a terceiros esta foi a metodologia que consideramos mais pertinente.

No que respeita ao método, e tendo em conta a metodologia aplicada na nossa investigação, optamos por utilizar o estudo de caso. De acordo com Pocinho (2012), no estudo de caso examina-se, tal como a expressão indica, o caso no seu contexto natural, em detalhe, e em profundidade embora se reconheça a complexidade do mesmo.

Este método foi auxiliado por técnicas, entre as quais se destacam a pesquisa bibliográfica, entrevista semi-estruturada, observação participante e não participante.

No que respeita à pesquisa bibliográfica, esta foi um processo relevante durante a nossa investigação, uma vez que nos ajudou a recolher informações pertinentes sobre a nossa temática. Saliente-se que, realizamos a nossa pesquisa bibliográfica em bibliotecas, como por exemplo na Biblioteca Lúcio Craveiro da Silva, na Biblioteca Pública de Braga e na Biblioteca da Faculdade de Filosofia. Recorremos, também, a artigos de revistas científicas e a teses de doutoramento e mestrado.

Para além da pesquisa bibliográfica recorremos também à entrevista. Segundo Pocinho (2012) & Carmo e Ferreira (1998), a entrevista é uma técnica bastante importante numa investigação uma vez que, permite formular questões relevantes

através das quais podemos retirar informações variadas e elementos de reflexão muito ricos e variados. Saliente-se que, de entre as várias categorias de estruturação de entrevista que existem, achamos conveniente aplicar na nossa investigação a entrevista semi-estruturada. Segundo Pocinho (2012), para além de esta ser mais profunda permite que não se siga a ordem exata do guião de entrevista. Assim, o entrevistador tem a possibilidade de adaptar as questões por forma a enriquecer a investigação.

Iniciámos as entrevistas com os utentes da Casa de Saúde de S. José. Inicialmente estava previsto serem realizadas dez entrevistas. Todavia, um dos entrevistados recusou-se a participar na investigação. Desta forma, foram entrevistados nove doentes, todos eles selecionados pela instituição. Aos entrevistados foi-lhes explicado o objetivo do estudo, garantida a confidencialidade das respostas e esclarecido o carácter voluntário da participação. Procurámos que as entrevistas decorressem num ambiente calmo, onde os utentes se sentissem à vontade.

De seguida, aplicamos entrevistas aos técnicos da instituição, os quais se mostraram bastante colaboradores durante todo o processo. No total, foram três os entrevistados, que, depois de assinarem o consentimento informado, responderam de forma clara a todas perguntas. Solicitamos desde início que o diretor da instituição fizesse parte desta amostra, pois consideramos que é uma pessoa muito próxima dos utentes, uma vez que conhece o comportamento e o percurso de cada um.

As duas técnicas de recolha de dados explicadas anteriormente foram auxiliadas pela observação. Segundo Pocinho (2012), a observação é uma técnica que capta os comportamentos no momento em que eles se produzem. Existem diferentes modalidades de observação, sendo que no caso da nossa investigação optamos pela observação participante e não participante. A observação participante permitiu que interagíssemos diretamente com os participantes, perturbando-os o menos possível. Ao

aplicarmos esta técnica conseguimos, também, conhecer melhor o quotidiano dos utentes, assim como a realidade do fenómeno que pretendíamos estudar. No entanto, consideramos também pertinente empregar a observação não participante, uma vez que pretendíamos perceber os comportamentos dos utentes sem que interagíssemos com eles.

Após a recolha dos dados, analisamos os mesmos através das técnicas de análise de informação. No caso da nossa investigação, optamos pela análise de conteúdo que, segundo Coutinho (2011) & Guerra (2006), é uma técnica que avalia de forma sistémica um corpo de texto por forma a desvendar todo o tipo de palavras, frases e temas considerados chave. Contudo, dos vários tipos de análise de conteúdo que existem optamos por utilizar a análise categorial. Esta permite, segundo Guerra (2006), a identificação explicativa das variáveis que queremos estudar.

CAPÍTULO VII
CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DOS INTERVENIENTES

1. Caracterização da instituição

Como referimos anteriormente, em 1957, os irmãos hospitaleiros de S. João de Deus adquiriram a Quinta de Vilar com o intuito de criarem um Centro Assistencial para doentes mentais, conhecido por Casa de Vilar. Atualmente a instituição é denominada de Casa de Saúde de S. José e ainda se localiza na freguesia de Areias de Vilar, concelho de Barcelos e distrito de Braga.

Fig. 9. Casa de Saúde de S. José



Fonte: Casa de Saúde S. José

A instituição tem capacidade para acolher 256 utentes, distribuídos por várias unidades, com um número variável de camas, vocacionadas para diferentes patologias, com o propósito de implementar planos de intervenção específicos para cada doente. As diversas valências dispõem de espaços de lazer (tais como jardins, hortas, salas de televisão, capelas, ateliers de pintura), refeitório e instalações sanitárias.

A Casa de Saúde de S. José possui ainda cerca de 96 colaboradores, entre assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, monitores de atividades, auxiliares de diferentes áreas (limpeza, apoio aos doentes, entre outros), administrativos e voluntários.

Fig. 10. Sala de Estar



Fonte: Casa de Saúde S. José

Fig. 11. Refeitório



Fonte: Casa de Saúde S. José

É importante sublinhar que a instituição valoriza a regeneração através do trabalho, recorrendo à ergoterapia a qual se encontra presente desde o início do seu funcionamento. Como exemplo apresentamos a seguinte imagem.

Fig. 12. Hipoterapia



Fonte: Casa de Saúde S. José

Esta vertente foi referida por alguns dos entrevistados, nomeadamente pelos que prestam serviços na instituição. A prestação destes serviços é feita de acordo com a patologia de cada doente e de forma voluntária, sendo estes gratificados através de um valor monetário simbólico.

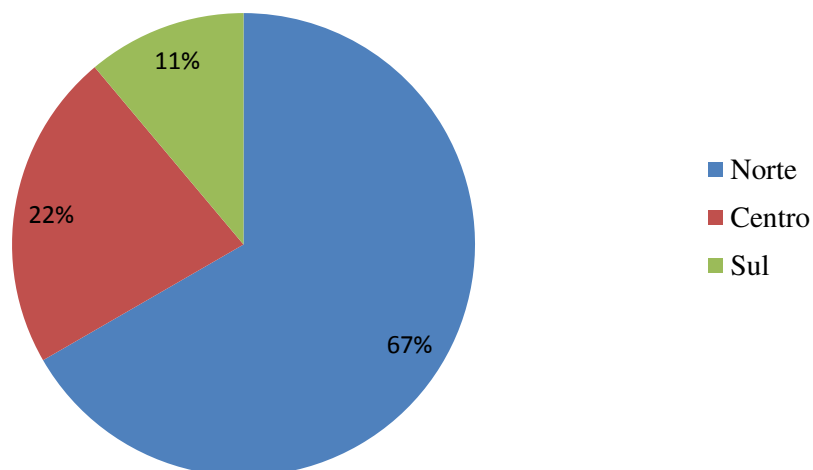
2. Caracterização dos utentes e profissionais

A nossa investigação contou com a colaboração de nove utentes todos do sexo masculino, uma vez que a instituição alberga apenas homens. Todos os doentes entrevistados são de nacionalidade portuguesa. Não temos conhecimento de utentes de outras nacionalidades.

No que respeita à naturalidade, verificamos, como mostra o Gráfico 1, que 67% dos inquiridos são provenientes da zona norte, 22 % do centro do país e 11% do sul.

Uma vez que a Casa de Saúde de S. José se localiza no norte do país, concluímos que a maioria dos institucionalizados entrevistados provém dessa zona.

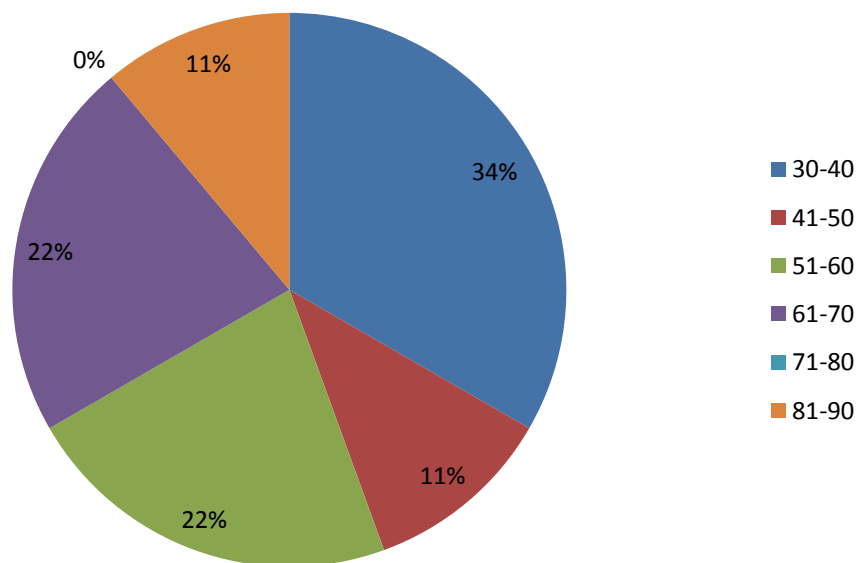
Gráfico 1: Naturalidade dos utentes entrevistados da Casa de Saúde de S. José



Fonte: Entrevistas realizadas aos utentes da Casa de Saúde de S. José

Relativamente à idade dos entrevistados, observamos que os doentes da instituição se situam maioritariamente na faixa etária dos 30-40 anos (34%), seguindo-se dos utentes entre os 51-60 anos e os 61-70 anos (22%). Constatamos que entre os 41-50 e 81-90 anos a percentagem é igual (11%), sendo esta a menor taxa incidente. Refira-se que não houve utentes entrevistados entre os 71-80 anos. Desta forma, concluímos que os indivíduos entrevistados encontram-se na fase adulta, demonstrando traços instáveis na personalidade.

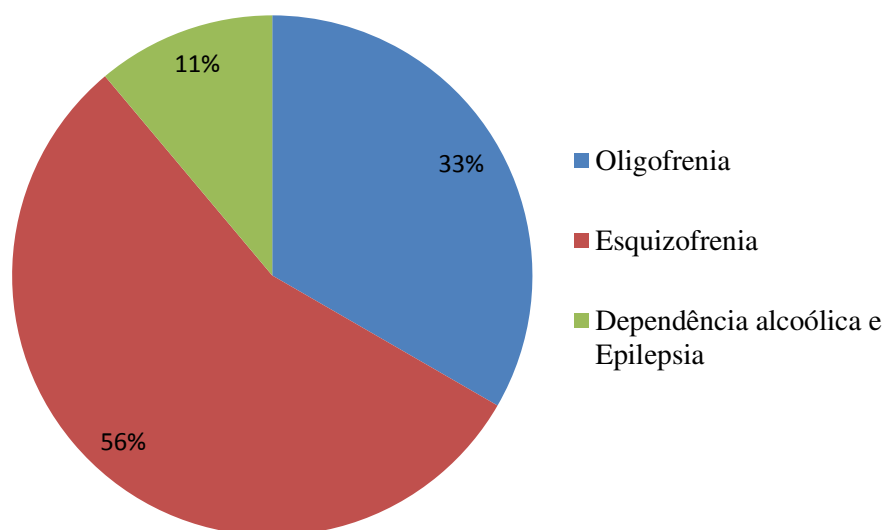
Gráfico 2: Idade dos utentes entrevistados da Casa de Saúde de S. José



Fonte: Entrevistas realizadas aos utentes da Casa de Saúde de S. José

No que concerne às patologias, verificamos que a esquizofrenia é a doença mais predominante nos entrevistados (56%), seguida da oligofrenia (33%). Por último temos a dependência alcoólica aliada à epilepsia (11%).

Gráfico 3: Patologia dos utentes entrevistados da Casa de Saúde de S. José



Fonte: Entrevistas realizadas aos utentes da Casa de Saúde de S. José

Quanto aos técnicos entrevistados, denominados de E10, E11 e E12, verificamos que todos eles são detentores de um curso superior, sendo dois assistentes sociais e um enfermeiro que exerce, desde 2007, o cargo de diretor na Casa de Saúde de S. José. Os inquiridos têm idades compreendidas entre os 20 e os 45 anos, sendo dois do sexo feminino e um do sexo masculino. Dos três entrevistados, dois são de nacionalidade portuguesa e um de nacionalidade alemã.

Durante as entrevistas realizadas conseguimos compreender as principais dificuldades que os técnicos enfrentam no exercício das suas funções. Como aspetos negativos, a maioria destes trabalhadores refere que a ausência de retaguarda familiar é um dos principais motivos da institucionalização e que se reflete na recuperação do doente, o que pode complicar o trabalho dos profissionais.

CAPÍTULO VIII
ANÁLISE DE CONTEÚDO

1. O contexto institucional

A Casa de Saúde de S. José resultou, segundo Cordo (2002), da aquisição da Quinta de Vilar, em Areias de Vilar, Barcelos. Esta foi vendida à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus em outubro de 1957. Segundo a Província Portuguesa da OHSJD (2007), os primeiros cinco doentes deram entrada na Casa de Vilar a cinco de fevereiro daquele ano, tendo sido transferidos da Casa de Saúde de S. João de Deus, em Barcelos. Assim, de acordo com o autor supracitado, nos primeiros anos de funcionamento da Casa de Saúde de S. José, muitos utentes vieram transferidos da Casa de Saúde de S. João de Deus.

Ao longo da nossa investigação, e através do recurso à entrevista, constatamos que três dos nove entrevistados, nomeadamente o E2, o E6 e o E9 transitaram da Casa de Saúde de S. João de Deus para a Casa de Saúde de S. José. Sublinhe-se que o E2 e o E6 já se encontram internados há mais de 30 anos.

Para além da transferência de utentes de uma Casa de Saúde para a outra, o que possibilitou que a Casa de Saúde de S. José iniciasse a sua atividade, é necessário referir que, de acordo com a Província Portuguesa da OHSJD (2007) e Pereira, Gomes & Martins (2005), depois dos doentes ingressarem na instituição, estes começavam a trabalhar. Isto porque, de acordo com Pereira, Gomes & Martins (2005), considerava-se que o trabalho ajudava na recuperação dos enfermos. Para além disso, esta vertente foi valorizada, na instituição, porque a quinta agrícola que havia sido adquirida apresentava múltiplas ocupações (Província Portuguesa da OHSJD, 2007). Saliente-se que o tratamento pelo trabalho, implementado na Casa de Saúde de S. José, havia já sido adotado por outras instituições, nomeadamente pelo hospital de alienados do Conde de Ferreira. António Maria de Sena, primeiro diretor daquele estabelecimento, pretendia que o hospital fosse um espaço de tratamento e não um mero depósito de alienados

(Lopes & Rodrigues, 2009).

Após uma análise às entrevistas realizadas, verificámos que a grande maioria dos entrevistados continua a trabalhar na instituição, o que nos leva a concluir que o tratamento dos doentes, com base no trabalho, ainda está muito presente. Atualmente, as atividades laborais que os utentes desenvolvem na instituição procuram, segundo os técnicos entrevistados, nomeadamente o E10 e E11, ir de encontro aos gostos pessoais de cada utente.

Na verdade, alguns utentes entrevistados, como por exemplo o E2 e o E8, mostram-se satisfeitos com o trabalho que realizam no estabelecimento. Para além destas conclusões, a análise das entrevistas permitiu que conhecessemos as atividades mais desenvolvidas, pelos nossos entrevistados, na instituição. Assim, o E4 e o E5 exercem funções no jardim da Casa de Saúde de S. José, ao passo que o E3 e o E9 executam tarefas no refeitório. Por outro lado, E2, o E6 e o E8 ajudam na limpeza da instituição. Sublinhe-se que, ao contrário dos demais entrevistados, o E7 é o único que trabalha no bar do estabelecimento, e o E1 não mostra interesse em desenvolver qualquer tipo de atividade. Quando perguntamos ao E1 “De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?”, este respondeu: “Aqui há uns tempos atrás ajudava na cozinha da instituição, mas agora não me apetece. Ultimamente, a minha vida resume-se a comer, fumar e dar umas voltas.” Todavia, a maioria dos nossos entrevistados dedica-se a atividades diversificadas dentro da instituição.

O facto de se realizarem diversas atividades/funções contribuiu, segundo Neto (2000), para que as relações entre pares se estreitem, isto porque o grau de relacionamento com os outros depende de fatores como a familiaridade, a proximidade e a semelhança. Assim, quanto mais inseridos estivermos num determinado grupo, mais fácil é o desenvolvimento de uma relação. No entanto, independentemente de as pessoas

se sentirem mais ou menos incluídas, todas sentem necessidade de estabelecer relações interpessoais. É através destas que, segundo Neto (2000) & Fachada (2000), se consegue satisfazer determinadas necessidades sociais, como por exemplo a necessidade da vinculação e da integração social. Por isso, na perspetiva de Fachada (2000), o homem só se torna num verdadeiro ser humano quando estabelece relações com os demais.

Depois de analisarmos as entrevistas, percebemos que a maioria dos entrevistados estabelece boas relações com os colegas, enfermeiros, médicos e demais funcionários da instituição. Embora os entrevistados E1, E5 e E6 tenham afirmado que as relações com alguns funcionários não sejam as melhores, estes sentem necessidade de estabelecer, pelo menos, um diálogo. A nossa observação permitiu-nos, também, verificar tal facto.

Saliente-se que, também, é importante conhecer as relações que os profissionais estabelecem com os utentes. Desta forma, quando os técnicos entrevistados, a saber o E10, E11 e E12, foram interrogados acerca das relações que estabeleciam com os utentes, estes consideraram-nas boas e realçaram que, por vezes, estas ultrapassam o cariz profissional. Quando interrogamos, por exemplo, o E12 acerca das relações que estabelecia com os utentes, este respondeu: “ (...) Não consigo simplesmente ter uma relação empática com os meus doentes, tenho também de amizade.”

No entanto, e apesar das boas relações que os profissionais entrevistados têm com a maioria dos utentes, estes são, muitas vezes, vítimas de violência verbal. Quando perguntámos aos técnicos entrevistados, nomeadamente, ao E10, E11 e E12 se alguma vez sofreram algum tipo de violência, estes foram unânimes e responderam que já foram alvo de violência verbal.

2. A família no processo de recuperação do utente

A família tem, segundo Alves (2001) & Kendall Hammen (1998, cit in, Silva 2004), um papel preponderante na reabilitação do utente, desde logo porque a rede social dos indivíduos com doença mental é mais reduzida do que a da população em geral (Gracia, 1998, cit in, Silva, 2004). Por isso, a maioria das amizades dos doentes mentais são dominadas pela família. (Gracia, 1998, cit in, Silva, 2004). Assim, esta assume, na maior parte das vezes, a responsabilidade dos demais círculos sociais (Tessler et al., 1990, cit in, Silva 2004).

Todavia, embora o apoio que a família presta ao doente seja importante na sua recuperação, este é por vezes limitado, uma vez que há fatores implícitos à doença que fazem com que a família não se consiga envolver neste processo (Simon, et al., 1999, cit in, Guterres, 2002). Segundo Carter & McGoldrich (1980, cit in, Ribeiro, 1997) exemplo de um desses fatores é a atitude estigmatizante que os familiares dos doentes enfrentam. Desta forma, de acordo com o autor supracitado, para além de os familiares se terem de adaptar às críticas da sociedade, têm, também, de se conformar com a presença de um familiar doente. Segundo Carter & McGoldrich (1980, cit in, Ribeiro, 1997) os comportamentos das famílias alteram-se, uma vez que um acontecimento quando afeta um membro da família tem impacto sobre todos os outros. Por isso, a adaptação da família ao indivíduo doente é importante, pois irá permitir que as interações e as atitudes familiares sejam as mais naturais possíveis.

Face ao exposto anteriormente, e na perspetiva de Covas (2011), estas famílias enfrentam grandes incertezas e desafios, sentindo-se praticamente abandonadas e desprotegidas. Por causa disso, as famílias apresentam, muitas vezes, sentimentos de rejeição e indiferença para com o doente, ao invés de os vínculos familiares se reforçarem (Gomes, 1986, cit in, Alves, 2001). Porém, é fundamental que as relações

entre os familiares estejam fortificadas para que se consiga ajudar o utente no seu processo de recuperação e, simultaneamente, no seu regresso à comunidade. (Vasconcelos, 2000, cit in, Alves 2001).

Ao analisarmos as entrevistas, percebemos que determinadas informações se cruzam com o nosso referencial teórico. Assim, apurámos que alguns dos entrevistados, a saber o E2, o E3, o E4, o E6, o E7 e o E8, recebem visitas dos familiares esporadicamente, ou seja, de quinze em quinze dias, de mês a mês ou quatro vezes no ano. No entanto, e embora as visitas sejam pontuais, a maioria dos entrevistados refere sentir apoio por parte dos familiares, evidenciando a importância do mesmo. Todavia, o entrevistado 2 refere que a visita do irmão é indiferente e que o apoio que este lhe dá resume-se apenas a cinco euros. Veja-se que à pergunta: “Recebe visitas frequentes dos seus familiares?” o entrevistado 2 respondeu: “Sim. Tenho um irmão que me vem visitar todos os meses. Mas para lhe ser sincero ele vir ou não vir é indiferente”. Para além disso, quando o interrogámos acerca do apoio que recebia por parte dos familiares no seu processo de recuperação, o entrevistado 2 respondeu da seguinte forma: “O irmão que me vem visitar dá-me cinco euros, e é esse o apoio que ele me dá. Mas sinceramente cinco euros não é nada, veja que um maço de tabaco custa quatro euros”. Contudo, a maioria dos entrevistados refere que a família é importante no processo de recuperação. Esta ideia é, como vimos anteriormente, relevada por alguns autores.

Porém, e ao contrário dos demais entrevistados, o E1, o E5 e o E9 não recebem visitas dos familiares. Por exemplo, quando perguntamos ao E9 se recebia, frequentemente, visitas por parte dos familiares, este respondeu: “Não recebo visitas. Já há muitos anos que não vou à minha terra e a minha família também não se importa de vir cá.”

O facto de alguns utentes não receberem visitas foi evidenciado por alguns dos técnicos entrevistados. Assim, o E11 e o E12 referem que a maior dificuldade que sentem no exercício da profissão é saberem que muitos dos doentes não recebem visitas nem telefonemas dos familiares. Veja-se que à pergunta: “Qual a principal dificuldade no exercício da sua profissão?” o entrevistado 11 respondeu: “(...) algumas famílias não se mostram disponíveis para estar com os doentes. À mesma questão o entrevistado 12 respondeu: “O que me custa mais é saber que temos utentes que não têm visitas, nem telefonemas por parte dos familiares. Tenho noção que algumas famílias estão cansadas e precisam de tempo e espaço para elas, mas outras famílias não querem simplesmente saber do familiar.” Para além disso, o entrevistado 11 refere que, se houvesse retaguarda familiar, alguns doentes poderiam não estar institucionalizados.

Assim, e pela análise realizada às entrevistas, concluímos que, embora as relações familiares sejam importantes no processo de recuperação dos utentes, alguns continuam sem receber apoio familiar.

3. A prática de pedir esmola

Os doentes mentais foram, durante muito tempo, considerados pessoas estranhas e incompreendidas que rompiam com as normas sociais vigentes. Por isso, eram, na maioria das vezes, excluídos da sociedade (Foucault, 1972).

O estereótipo negativo associado aos doentes mentais remonta à cultura greco-romana. Por essa altura, segundo Oliveira (2002), as doenças do foro psiquiátrico eram resultado de causas sobrenaturais, forças e razões de natureza mística. Na Idade Média, a doença mental continuou a ser associada a ideias místicas, motivo pelo qual o doente era considerado uma reencarnação do mal (Silva, 2004). Porém, os enfermos não apresentavam todos as mesmas características. Tal facto contribuiu, segundo a autora

supracitada, para a divisão dos doentes em diferentes categorias. Assim, passou a existir o grupo dos *loucos mansos* e dos *loucos furiosos*. Segundo Silva (2004), no grupo da *loucura furiosa* encontravam-se os doentes mais violentos e perigosos, pelo que a estes destinava-se-lhes o encarceramento, as grades, e as correntes. Por sua vez, no grupo dos *loucos mansos* estavam os doentes considerados mais calmos. Estes rompiam com a monotonia das aldeias, vilas e cidades, sendo por isso alvo de ridicularização, troça e humilhação (Silva,2004). Todos estes doentes encontravam-se desprovidos de quaisquer apoios, pelo que apenas podiam contar com eles próprios para sobreviver. Assim, para muitos enfermos, a esmola devia ser o principal meio para a subsistência.

A forma de tratar os doentes mentais prolongou-se durante muito tempo, com impacto em muitos países. Por exemplo, no Portugal oitocentista, os doentes ficavam, também, entregues à sua própria sorte, ou seja, não tinham retaguarda familiar. Muitos deles deambulavam por estradas e caminhos, inquietando a população, outros mendigavam e atacavam tudo o que estivesse ao seu alcance (Esteves, 2012b). Para além dos doentes estarem desprovidos dos laços familiares, sabemos que, segundo a autora, os hospitais negavam receber os enfermos, alegando falta de condições para lhes oferecer assistência. Esta situação fazia com que os doentes mentais continuassem desamparados. Assim, as pessoas enfermas eram tratadas diferentemente e, na maioria dos casos, mendigavam para conseguir sobreviver.

Desta forma, a doença mental apresentou-se, desde cedo, como uma franja vulnerável da sociedade. Por isso, segundo Capucha (2004, cit in, Santos, 2012), é mais comum que a pobreza e o ato de pedir estejam associados a indivíduos portadores de transtornos mentais, desde logo porque estes ficam mais limitados na participação social e são, frequentemente, alvo de discriminação¹⁷. Por isso, de acordo com a autora

¹⁷ Os indivíduos portadores com deficiência física e mental, os doentes crónicos e os trabalhadores imigrantes são, também, grupos vulneráveis à pobreza (Capucha, 2004, cit in, Santos 2012, p. 13).

mencionada anteriormente, estas pessoas são mais suscetíveis à pobreza e à exclusão social.

O referencial teórico, apresentado anteriormente, ajudou-nos a compreender que o facto de os doentes mentais pedirem dinheiro não é um fenómeno social totalmente novo. No entanto, este continua presente nos portadores de transtornos mentais. Por isso, quisemos perceber o que leva os utentes a desenvolverem esta prática. Para tal, é importante analisar as entrevistas e confrontá-las com algumas teorias.

Assim, dos nove entrevistados, o E1, o E2, o E3, o E4 e o E9 confirmaram-nos que pedem dinheiro a terceiros para comprar cigarros, lanches e tomar alguns cafés. Isto porque, segundo os doentes, o dinheiro que a instituição concede semanalmente não chega para colmatar algumas necessidades. Neste sentido, quando interrogámos o E4 sobre o porquê de pedir dinheiro a terceiros, este respondeu que: “Quando peço dinheiro, é para tomar cafés, lanche e comprar tabaco (...)”. O E3, quando questionado sobre o mesmo, respondeu de forma idêntica: “Peço dinheiro para comprar cigarros e um lanche. Aqui dão pouco dinheiro e, embora eu receba de ajudar na ergoterapia, não sou eu que faço a gestão dele.”

Sublinhe-se que, quando entrevistamos os técnicos, nomeadamente o E10, o E11 e o E12, estes afirmaram-nos que a instituição concede, de facto, semanadas aos utentes. Segundo o E10, a instituição atribui o dinheiro “(...) tendo em conta as capacidades e necessidades dos utentes.” Para além disso, os profissionais sabem que este dinheiro é gasto em cafés, tabaco e nos negócios entre eles. Veja-se que, quando perguntamos ao E11 se sabia onde os utentes gastavam o dinheiro, este respondeu-nos: “No café, tabaco, lanches e nos negócios entre eles.” As respostas dos restantes dois entrevistados foram semelhantes.

Embora a instituição atribua semanalmente um determinado montante este é, na opinião da maioria dos entrevistados, insuficiente, pelo que sentem necessidade de pedir dinheiro a terceiros. De acordo com alguns técnicos entrevistados, os doentes pedem dinheiro, pois nunca estão satisfeitos e, para além disso, não conseguem gerir o dinheiro da melhor forma. Assim, quando perguntamos, por exemplo ao E12, o porquê de os doentes pedirem dinheiro a terceiros, este respondeu: “Eles nunca estão satisfeitos, e para além disso não têm capacidade para gerir o dinheiro, talvez, por isso, peçam constantemente. Para alguns, pedir já é um ato mecânico.”

Embora os entrevistados E1, E2, E3, E4 e E9 tenham, como já mencionamos anteriormente, confirmado que pedem dinheiro a terceiros, o E8 assegurou nunca ter pedido dinheiro a ninguém. Assim, quando lhe perguntámos porque é que tinha necessidade de pedir dinheiro a terceiros, este respondeu: “Eu nunca pedi dinheiro a ninguém. Nunca pedi.” Por sua vez, o E6 afirmou que só pede dinheiro ao diretor da instituição. O E7 e o E8, quando interrogados, sobre o mesmo assunto, disseram-nos que já chegaram a pedir dinheiro, mas que agora não o fazem.

Sublinhe-se que todos os entrevistados mencionaram que começaram a pedir após ingressaram na instituição. Tal facto pode derivar da necessidade que os utentes têm de não perderem a sua identidade pessoal e social. Vejamos que os entrevistados E2, E4, E7, E8 e E9, antes de ingressarem na Casa de Saúde de S. José, trabalhavam, pelo que conseguiam suprir a maioria das suas necessidades. Por sua vez, os restantes entrevistados tinham apoio das famílias ou de outras pessoas próximas, não precisando, por isso, de pedir. Porém, consideramos que, quando alguns dos entrevistados entraram para a instituição, sentiram que estavam a perder o controlo das suas próprias vidas. Claro que os doentes mentais não ficam, hoje, totalmente privados dos seus bens materiais e individuais, como acontecera há períodos anteriores. Nessa altura, segundo

Goffman (1961), os enfermos perdiam contacto não só com os bens, mas também com uma parte do *eu*. Contudo, consideramos que, embora a forma de tratar os doentes mentais tenha mudado, isso não inviabiliza que uma parte do *eu* seja alterada. Afinal, quando os enfermos ingressam numa instituição, seja ela qual for, há hábitos e regras que têm de ser apreendidos.

Assim, através do nosso referencial teórico, da observação e da análise das entrevistas concluímos que o facto de pedir esmola por parte dos doentes mentais não é, como já referimos anteriormente, um fenómeno social novo. Este sempre existiu e continua a existir, todavia em circunstâncias diferentes.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como principal objetivo compreender a evolução da doença mental, bem como o porquê dos doentes mentais pedirem dinheiro a terceiros.

Durante a elaboração desta tese de mestrado, foi possível constatar que as instituições, que atualmente acolhem os doentes mentais, foram sofrendo alterações, principalmente, de carácter terapêutico e estrutural.

Desta forma, a doença mental deixou, aos poucos, de ser associada a causas sobrenaturais, forças e razões de natureza mística para ser encarada como doença. Sublinhe-se que a convicção dos médicos de que a doença mental era curável foi preponderante para alterar o pensamento que se tinha acerca desta.

Assim, muitos países, incluindo Portugal, sentiram necessidade de melhorar a prestação de cuidados a esta franja da sociedade.

Em Portugal, o primeiro estabelecimento para os portadores de transtornos mentais apenas surgiu no século XIX, mais propriamente no ano de 1848. Assim, o hospital de Rilhafoles, mais tarde denominado de hospital Miguel Bombarda, foi o primeiro a prestar cuidados aos doentes mentais. Este estabelecimento utilizava, inicialmente, práticas terapêuticas bastante severas, as quais foram sendo alteradas com o passar dos tempos.

A criação do segundo hospital psiquiátrico, no nosso país, data apenas do ano de 1883. Este estabelecimento resultou do testamento deixado por Joaquim Ferreira dos Santos, mais conhecido por Conde de Ferreira. O estabelecimento apresentava, como tivemos oportunidade de constatar ao longo do nosso trabalho, meios terapêuticos bastante humanos até porque o primeiro diretor do hospital, António Maria de Sena, pretendia que este fosse um espaço de tratamento e não um mero depósito para alienados. Assim, neste hospital, o diretor deu ênfase aos cuidados médicos, bem como

ao tratamento pelo trabalho. Para António Maria de Sena, o trabalho era visto como uma terapia para os doentes mentais.

Na Casa de Saúde de S. José, a vertente ergoterápica sempre foi evidenciada. Constatamos que a maioria dos utentes, da nossa amostra, trabalha e são gratificados por isso. Para além disso, o facto de os utentes desenvolverem atividades nas instituições, laborais ou não, contribuiu, segundo Neto (2000), para que as relações entre os pares se intensificassem. É importante que os doentes estabeleçam relações de confiança com os colegas, enfermeiros, médicos, assistentes sociais e com os demais funcionários da instituição. Isto porque, na ausência das famílias, os colaboradores da Casa de Saúde de S. José desenvolvem um papel bastante importante.

Concluímos que a família assume, segundo Alves (2001) & Kendall Hammen (1998, cit in, Silva, 2004), um papel preponderante na recuperação do utente. Embora os entrevistados recebam visitas pontuais dos familiares, estes sentem apoio por parte dos mesmos. Contudo, uma grande parte dos utentes espera receber destas visitas apenas dinheiro. Para alguns, esta é a melhor forma de se manifestar amor e carinho.

Vejamos que uma grande parte dos doentes nunca sentiu necessidade de pedir dinheiro a terceiros, antes de ingressar na instituição. Isto porque, segundo conseguimos apurar, estes trabalhavam para conseguir suprir as necessidades primárias. Porém, alguns dos entrevistados, após terem entrado para o estabelecimento, sentiram que estavam a perder o controlo das suas próprias vidas. O dinheiro que recebem, na maioria dos casos, proveniente de pensões de invalidez ou reformas, não é gerido pelos mesmos. Embora seja atribuída a semanada aos doentes, a qual varia em função dos seus comportamentos e das suas capacidades, estes consideram que esta é irrisória.

Por tudo isto, consideramos que os utentes, aquando da institucionalização, perdem um pouco da sua identidade pessoal e social. Na verdade, quando os enfermos

ingressam numa determinada instituição, há hábitos e regras que têm de ser apreendidos. Contudo, há utentes que não se conseguem adaptar a novos estilos de vida, o que dificulta a sua integração. Por isso, na nossa opinião, o trabalho interdisciplinar aquando da admissão de um novo doente é extremamente importante.

Na fase final deste trabalho, importa salientar que os técnicos de Serviço Social desenvolvem um papel predominante na Casa de Saúde de S. José. A nossa observação permitiu-nos concluir que o gabinete de Serviço Social é, nesta instituição, extremamente conhecido pelos doentes. É um local onde, por norma, a porta se encontra aberta, convidando os utentes a conversar e a “desabafar”.

Finalmente, é essencial salientarmos a importância que este trabalho teve para nós. O tempo que passamos na Casa de Saúde de S. José deu-nos a oportunidade de conhecer uma realidade que, para nós, era praticamente desconhecida e sobre a qual pouca informação tínhamos. A convivência com os utentes, ainda que por pouco tempo, ajudou-nos a desmistificar as ideias pré concebidas que tínhamos acerca destes e das instituições que os acolhem. Hoje, conhecemos o lado mais humano destas instituições e a fragilidade daqueles que, por diversas razões, foram institucionalizados.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, L. (2009). A Misericórdia de Lisboa, o Hospital Real e os insanos: notas para uma introdução. In Guedes, N. (coord.), *Museu S. João de Deus – Psiquiatria e História*, (109-116). Lisboa: Editorial Hospitalidade.
- Alves, J. F. (1992). Percursos de um Brasileiro no Porto: O Conde de Ferreira. *Revista da Faculdade de Letras*, 9 (2), 199-214.
- Alves, F. (2001). *Ação Social na Área da Saúde Mental*. (1 edição). Lisboa: Universidade Aberta.
- Alves, F. & Silva, L. F. (2004). Psiquiatria e Comunidade: elementos de reflexão. *Atas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas. Reflexividade e Ação – Atelier Saúde*, Braga, Associação Portuguesa de Sociologia.
- Araújo, M. M .L (2014). O Tratamento dos doentes insanos de Vila Viçosa no hospital de Rilhafol: segunda metade do século XIX. *Asclépio*, 66 (2), 1-10.
- Basteiro, S., Gil, C. & Marin, R. (2003). *Guia para Famílias de Doentes Mentais*. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró Saúde Mental.
- Bortoloti, K. F. S. & Cunha, M. V. (2013). Anísio Teixeira e a Psicologia: O diálogo com a psicanálise. *História da Educação*, 17 (41), 59-77.
- Borges, A. M. (2007). *Os Reais hospitais militares em Portugal administrados e fundados pelos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus 1640- 1834*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa- Universidade Nova de Lisboa.
- Bragança, O. A. (2013). *Desinstitucionalização do Doente Mental*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto - Aprendizagem*. (2ª edição). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social na Saúde*. (2ª edição). Lisboa: Lidel.
- Cintra, P. (2012). Miguel Bombarda. In Cintra, P. (coord.), *Miguel Bombarda: Preservar a Memória*, (1ª edição) (50-54). Lisboa: Sociedade Editorial.
- Cintra, P. & Durval, R. (2012). Funcionamento do Hospital Miguel Bombarda: 1952-2005. In Cintra, P. (coord.), *Miguel Bombarda: Preservar a Memória*, (1ª edição) (83-120). Lisboa: Sociedade Editorial.
- Cintra, P. & Santos, A. P. (2012). Evolução Assistencial do Hospital Miguel Bombarda até 1952. In Cintra, P. (coord.), *Miguel Bombarda: Preservar a Memória*, (1ª edição) (40-48). Lisboa: Sociedade Editorial.
- Cordo, M. (2002). *Instituto S. João de Deus*. Lisboa: Editorial Hospitalidade.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição, da instituição para a família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. (1ª edição). Coimbra: Edições Almedina.
- Covas, M.M.C.M (2011). Repensar a família de hoje na perspetiva dos valores, dos objetivos de vida e da gestão de recursos. In Leandro, M.E. (coord), *Laços Familiares e Sociais*, (1ª edição) (119-143). Viseu: Psicosoma.
- Esteves, A. (2010). *Entre o Crime e a Cadeia: Violência e Marginalidade no Alto Minho (1732 a 1870)*. Tese de Doutoramento em História, Universidade do Minho, Braga- Portugal.

Esteves, A. (2012a). Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal no século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo. O caso do distrito de Viana do Castelo. In Araújo, M. M. L. A. (coord.), *Marginalidade, pobreza, e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XX)* (199-216). Braga: Centro de Investigação Transdisciplinar “Cultura, Espaço e Memória”.

Esteves, A. (2012b). La Enfermedad como Elemento de Discriminación en el Norte de Portugal, a finales del siglo XIX y principios del XX. *Revista de Estudos Humanísticos de Leon*, 11, 289 – 308.

Fachada, O. M. (2000). Psicologia das Relações Interpessoais, 1º Volume. (1ª edição). Lisboa: Edições Rumor.

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Ferreira, A.M. (2002). Desarticulação do Antigo Regime e Guerra Civil. In Clemente, M. & Ferreira, A. M. (coord.), *História Religiosa de Portugal vol.3* (21-36). Lisboa: Círculo de Leitores.

Ferreira, Z. G. (2013). *Reabilitação Psicossocial de Pessoas com doença mental de evolução prolongada – estilo de vidas saudáveis*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

Ferro, H. A. L. (2011). *A construção mediática da saúde mental e da doença mental: o caso do Público e do Correio da Manhã entre 1990 e 2010*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Portugal.

Fernandes, B. (1980). Fragmentos Hipocráticos: Sentido humano das inovações do Hospital Júlio de Matos em 1942. *O Médico*, 96, 1-24.

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. (1º edição). Lisboa: Monitor.

Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspetiva.

Freire, V. A. (2006). Miguel Bombarda: A função e a forma em arquitetura. In Pereira, A. L. & Pita, J. R. (coord.), *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época* (135-146). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Giménez Vera, M.A.; Carneiro, A.M.G. trad. (1998). *Relação sobre as origens da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus*. Idanha: Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Província de Portugal.

Gomes Moreno, M. (1950). *Primicias Historicas de San Juan de Dios* – El hombre que supo amar. Madrid: Pesquisar.

Granchó, N.A.C.S. (2010). *A Extinção dos Conventos na Antiga Diocese Elvanense: O exemplo histórico – artístico de S. Domingos de Elvas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras – Universidade de Lisboa, Portugal.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*. (1 edição). Estoril: Príncípa.

Guterres, M. C. (2002). *Suporte Social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Hespanha, P., Portugal, S., Nogueira, C., Pereira, J.M. & Hespanha M. J. (2012). *Doença Mental, Instituições e Famílias. Os desafios da desinstitucionalização em Portugal*. Coimbra: Almedina.

Lavajo, J. C. (2003). *Ordem Hospitaleira de S. João de Deus em Portugal*. Lisboa: Editorial Hospitalidade.

Lima, R. (1961). Arquitetura prisional- Evolução histórica. *Boletim da Administração Penitenciária e dos Institutos de Criminologia*. Lisboa: Direção Geral dos Serviços Prisionais

Lopes, L. M.M. & Rodrigues, M. A. (2009). Os Alienados em Portugal: História e Estatística. *Revista Referência*, 2. (11.), 135-140.

Mendonça, M. M. (2006). *Hospital Sobral Cid: Das origens ao cinquentenário*. (1^o edição). Coimbra: Minerva Coimbra.

Neto, F. (2000). *Psicologia Social, vol. II*. (1^a edição). Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, V. (2010). *Centenário da República: A primeira república portuguesa e a religião*. Seara Nova, 1713. Acedido, junho 20, 2015 em, <http://www.searanova.publ.pt>.

Oliveira, S. (1999). *Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia: Considerações Psicodinâmicas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.

Oliveira, S. (2002). Trechos da história da loucura. *Interações* (3), 106-120.

Oliveira, S. & Filipe, C. (2009). *Guia de Recursos e de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*. Caldas da Rainha: Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Ministério da Saúde: Direção Geral da Saúde.

Ornelas, J. (1989). Do Romantismo da Loucura à sua transistucionalização. *Análise Psicológica*, 4, 583-587.

Ornelas, J. (1996). Sistemas de Suporte Comunitário. *Análise Psicológica*, 14 (2-3), 331- 339.

Pacheco, M. V. P. C. (2003). Esquirol e o Surgimento da Psiquiatria Contemporânea. *Latinoam*, 6 (2), 152-157.

Pereira, A. L. (1986). A Institucionalização da Loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, 85-100.

Pereira, S. R. (1993). *A Reabilitação dos Doentes Mentais de Evolução Prolongada*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Braga – Portugal.

Pereira, P. T., Gomes, E. & Martins, O. (2005). A Alienação no Porto: O Hospital de Alienados do Conde de Ferreira. *Revista da Faculdade de Letras*, 6, 99-128.

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. (1º edição). Lisboa: Lidel.

Postulação Geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. (2002). *Irmãos de S. João de Deus: Hospitalidade e Santidade*. Lisboa: Editorial Hospitalidade.

Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. (2007). *Casa de Saúde de S. José – Apresentação*. Lisboa: Editorial Hospitalidade.

Ribeiro, M. (1997). *A doença mental crónica – conceitos e preconceitos da reabilitação*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.

Rosen, G. (1968). *Madness in Society – Chapters in the historical sociology of mental illness*. New York: Harper and Row.

Rodriguez, A. (2002). *Rehabilitation psicossocial de personas com transtornos mentales crónicos*. Madrid: Psicologia Pirâmide.

Sá, L. (2010). Saúde Mental versus Doença Mental. In Sá. L. (coord.), *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM*, (1º edição) (15-18). N.L: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Santos, A. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.

Santos, G. (n.d.). História do hospital Júlio de Matos. *Jornal da Praceta*. Acedido dezembro 10, 2014, em <http://alvalade.no.sapo.pt/IndexHJM01./html>

Santos, L. G. (2012). *As respostas das instituições sociais face às necessidades dos grupos de pobreza – um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Sena, A. M. de. (2003). *Os Alienados em Portugal*. Lisboa: Ulmeiro.

Silva, M. F. (1992). *No mundo de S. João de Deus. S João de Deus no Mundo*. Lisboa: Rei dos Livros.

- Silva, C. M. M. O. V. (2004). *Família, Doença Mental e Reabilitação Psicossocial*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.
- Silveira, L. E. (1980). A venda dos bens nacionais (1834-43): uma primeira abordagem. *Análise Social*, 16, 87-110.
- Soares, M. I. (2008). A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 35-51.
- Sournia, J. C. (1995). *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Spadone, C. (1998). *A Doença Mental: Pesquisas e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ulrick, R. E. (1905). *Estudo sobre a Condição Legal e Congregações Religiosas em Portugal de 1834 a 1901*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Villares, A. (1995). As Ordens Religiosas em Portugal nos princípios do século XX. *Revista de História*, 13, 195-223.

LEGISLAÇÃO

Lei nº 2006/45 de 11 de abril. *Diário do Governo nº 77/45 – I Série*. Administração da Imprensa Nacional de Lisboa.

Decreto nº 36.049 de 18 de dezembro. *Diário do Governo nº 288/46 – I Série*. Ministério do interior. Subsecretariado do Estado da Assistência Social.

Lei nº 407/98 de 18 de junho. *Diário da República nº 138/98 – II Série*. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO

Eu _____ aceito participar de livre e espontânea vontade no estudo intitulado *Doentes, pobres ou mendigos? A prática de pedir esmola na Casa de Saúde de S. José*, da autoria de Ana Lúcia Moreira Araújo, e sob a orientação da Professora Doutora Alexandra Esteves da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Sociais.

Foram-me explicados os objetivos principais desta investigação e que a minha participação na mesma é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados obtidos durante a entrevista são usados somente para fins científicos e serão destruídos pela investigadora após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados, mantendo assim o anonimato.

Considerando o anteriormente referido, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

(Participante)

Data __/__/__

Investigadora: Ana Lúcia Moreira Araújo

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA OS UTENTES

GUIÃO DE ENTREVISTA

No âmbito do Mestrado em Serviço Social, na Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Sociais, está a ser desenvolvido um estudo, que visa compreender a prática de pedir esmola por parte dos doentes mentais. Neste sentido, contamos com a colaboração dos doentes, dos funcionários e da direção da Casa de Saúde de S. José.

O recurso à entrevista como meio de recolha de dados deve-se ao facto de este ser o método mais eficaz para chegar ao objetivo da nossa investigação.

Todos os dados revelados durante a entrevista são confidenciais e serão utilizados apenas no âmbito do estudo que estamos a realizar.

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

10. Se sim, o que faz com ele?

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

Obrigada pela sua colaboração!

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA OS TÉCNICOS

GUIÃO DE ENTREVISTA

No âmbito do Mestrado em Serviço Social, na Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Sociais, está a ser desenvolvido um estudo, que visa compreender a prática de pedir esmola por parte dos doentes mentais. Neste sentido, contamos com a colaboração dos doentes, dos funcionários e da direção da Casa de Saúde de S. José.

O recurso à entrevista como meio de recolha de dados deve-se ao facto de este ser o método mais eficaz para chegar ao objetivo da nossa investigação.

Todos os dados revelados durante a entrevista são confidenciais e serão utilizados apenas no âmbito do estudo que estamos a realizar.

1. Há quanto trabalha na Casa de Saúde de S. José?
2. Quais os aspetos positivos e negativos, de trabalhar numa instituição que apoia indivíduos com transtornos mentais?
3. Qual a principal dificuldade que sente no exercício da sua profissão?
4. Como descreve a relação que tem com os doentes no estabelecimento?
5. Alguma vez sofreu algum tipo de violência por parte dos doentes?
6. De que forma os doentes da instituição ocupam o tempo?
7. Na sua opinião, as atividades desenvolvidas para os doentes ocuparem o tempo, são as mais adequadas?
8. Porque é que acha que os doentes sentem necessidade de pedir dinheiro a terceiros?
9. Alguma vez existiu algum tipo de tumulto entre os doentes e pessoas terceiras por causa dessa situação?

10. Se sim, como resolveram o problema?

11. A instituição concede habitualmente dinheiro aos doentes?

12. Se sim, sabe onde é que os doentes o gastam?

Obrigada pela sua colaboração!

ENTREVISTA AOS UTENTES

ENTREVISTA 1

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“Estou na Casa de Saúde de S. José há sensivelmente dois anos e cinco meses.

Antes de vir para cá encontrava-me num Lar em Viana do Castelo, uma vez que praticamente não tenho família.”

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“O ambiente cá é bom, toda a gente é muito prestável. Gosto dos enfermeiros, dos médicos e de todos os funcionários que aqui trabalham. Também gosto muito dos amigos que cá tenho”.

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“Para ocupar o meu tempo costumo ler o jornal “ O Desporto”. Aqui há uns tempos atrás também ajudava na cozinha da instituição, mas agora não me apetece. Ultimamente a minha vida resume-se a comer, fumar e dar umas voltas. Para lhe ser sincero, gosto de estar sozinho. Sou uma pessoa muito introspetiva”.

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“Eu gosto de toda a gente e toda a gente gosta de mim. Gosto de conviver com todos os meus colegas e com todos os funcionários da instituição. No entanto, deixe-me que lhe diga que alguns deles são prepotentes do género, eu quero, posso e mando. Talvez seja por isso, que alguns fazem o que querem de nós. Uma altura, fui passear até Barcelos e cheguei atrasado vinte minutos para o jantar. Imagine que por causa disso fecharam-me na unidade de S. João de Deus durante dois meses sem que pudesse vir até cá fora. Para além disso, retiraram-me a mensalidade a que tenho direito. A meu ver esta atitude foi uma autêntica estupidez. Se é para nos tratarem assim então que apelidem a

instituição de Cadeia ao invés de Ordem Hospitaleira”.

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“Não recebo visita da minha família. Os meus pais morreram, sou filho único e um homem divorciado. Apenas recebo visitas de amigos”.

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“Não. Praticamente não tenho família. Sinto-me abandonado, triste, um farrapo velho. O que vale são as pessoas da Casa de Saúde de S. José que me vão ajudando”.

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“Sinto necessidade de pedir porque, no meu ponto de vista, a instituição faz uma má gestão do meu dinheiro. Só me deixam levantar 10 € por mês, mas eu sei que tenho dinheiro para poder levantar mais. Embora esteja débil não sou burro. Eu no Lar em Viana era um rei, mas aqui não o sou”.

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

“Com o dinheiro que consigo arrecadar costumo comprar sandes e sumos. Para além disso, esse dinheiro serve para comprar cigarros e pagar o bilhete de autocarro para ir até Barcelos passear”.

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“Sim. Atribui-me mensalmente 10 €, mas esse dinheiro não dá para nada. Eu tenho uma reforma que ronda os 315 € por mês, e os gastos para com a instituição são

de cerca de 260 €, incluindo já o dinheiro mensal que me é atribuído. Mas eu gostaria de saber o que é feito do restante dinheiro. Ninguém me explica nada”.

10. Se sim, o que faz com ele?

“Com o dinheiro que a instituição me dá, compro tabaco e alguma comida que goste, pois a que é servida às refeições não me agrada”.

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“Nunca precisei de mendigar. Mas agora sinto necessidade de o fazer”.

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

“Agora tenho pouco dinheiro. O meu dinheiro é tão mal gerido. Às vezes nem vinte cêntimos tenho para telefonar a um amigo”.

ENTREVISTA 2

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“Estou na Casa de Saúde de S. José há 33 anos. Fui internado no dia 20 de maio de 1982 na Casa de Saúde de S. João de Deus, em Barcelos, e só mais tarde vim para esta”.

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“O ambiente da instituição já foi melhor, de momento não me satisfaz. Há uns anos atrás, os funcionários orientavam-me melhor e ajudavam-me mais. Por isso, agora sinto cada vez mais vontade de ir embora. Não quero passar o resto da minha vida aqui metido”.

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“Ocupo o meu tempo a lavar as casas de banho do jardim da instituição. Para além disso, ajudo no refeitório e gosto muito. Já participei em outras atividades que a instituição oferece, mas de momento não me está a apetecer”.

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“Com os meus amigos da instituição a relação é boa. Com os funcionários da casa a relação nem é boa nem é má. Raramente tenho conversa com eles, só o faço quando necessito”.

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“Sim. Tenho um irmão que me vem visitar todos os meses. Mas para lhe ser sincero ele vir ou não vir é indiferente”.

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“O irmão que me vem visitar dá-me 5 €, e é esse o apoio que ele me dá. Mas sinceramente 5€ não dá para nada, veja que um maço de tabaco custa 4 €”.

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“Peço a outras pessoas porque sinto dificuldade em viver. Mais vale pedir que roubar. Eu agradeço a quem me dá dinheiro e desejo-lhes as maiores felicidades. Sabe, quem dá aos pobres empresta a Deus”.

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

“Com o dinheiro que me dão tento comprar um bom lanche e tomar alguns cafezinhos”.

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“Sim. Recebo 5 € por semana, e é o enfermeiro coordenador que me entrega essa quantia”.

10. Se sim, o que faz com ele?

“Com os 5 € que a instituição me dá, compro cigarros e tomos os meus cafezinhos. Mas o dinheiro é muito pouco. O que são hoje 5 €? Antigamente mil escudos dava para comprar uma junta de bois”.

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“Eu trabalhava e não precisava de pedir dinheiro. Quando cheguei aqui, tive mesmo de começar a pedir”.

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

“Agora sinto que preciso mesmo de pedir, tenho mesmo essa necessidade”.

ENTREVISTA 3

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“Estou institucionalizado na Casa de Saúde de S. José há 36 anos, desde 1979”.

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“Tem de tudo. Umas vezes é bom outras vezes é mau. Por vezes os utentes pegam-se uns com os outros e eu não gosto disso”.

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“Para ocupar o meu tempo, faço as camas da Unidade de S. João de Deus, e também ajudo no refeitório. Há algum tempo atrás, ia para as piscinas municipais, mas agora deixei de ir”.

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“As relações são muito boas. Eu gosto de toda a gente que trabalha aqui, por isso sinto-me muito bem nesta casa”.

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“Sim. De quinze em quinze dias, recebo visitas da minha família. É bom saber que não se esquecem de mim”.

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“É muito importante sentir o apoio dos meus familiares. Quando cá veem, conversam comigo e até me pagam um lanche. Para além disso, trazem-me dinheiro e é tão bom. O dinheiro que eles me trazem é mesmo muito importante”.

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“Peço dinheiro para comprar cigarros e um lanche. Aqui dão pouco dinheiro e, embora eu receba de ajudar na hegoterapia, não sou eu que faço a gestão dele”.

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

“Normalmente, quando as pessoas me dão dinheiro, gasto-o para comer e beber. Gosto de comer algumas coisas diferentes. De vez em quando sabe bem”.

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“Recebo 5 € por semana por parte da instituição mas, quando a minha família me vem visitar, consigo arrecadar mais algum”.

10. Se sim, o que faz com ele?

“Gasto o dinheiro no bar da instituição e às vezes em tabaco. Mas o tabaco é caro e não rende nada, por isso, sinto necessidade de pedir dinheiro a outras pessoas”.

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“Não. Quando estava em casa, a minha família dava-me dinheiro e por isso não sentia necessidade de pedir”.

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

“Agora que estou na instituição sinto vontade de pedir porque só me dão 5 € por semana. Para além disso, eles não têm um dia certo para dar a semanada, por isso sujeito-me a pedir”.

ENTREVISTA 4

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“ Estou na Casa de Saúde de S. José há três anos.

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“ O ambiente da instituição é bastante bom. Adoro estar cá. Todos os funcionários me apoiam e protegem.”

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“ Trabalho como jardineiro e gosto muito. Para além disso, também ajudo na copa quando precisam.

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“ As relações são muito boas. Eu gosto muito dos meus colegas, dos enfermeiros e dos restantes funcionários.”

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“ Às vezes recebo. A minha filha e a minha mulher vêm-me visitar de vez em quando. Gosto muito da presença delas.”

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“ Sim. A minha filha e a minha mulher dão-me muito apoio. Já cheguei a receber visitas de uns primos, mas ultimamente não me têm vindo visitar. Sinto falta do apoio deles.

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“ Quando peço dinheiro, é para tomar cafés, para lanchar e comprar tabaco. A instituição dá-me dez cigarros por dia, mas às vezes não chega.”

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

“ Com o dinheiro que me dão, costumo tomar cafés, comprar lanche e tabaco. Compro lanche para as 15:30h, porque a essa hora a instituição não dá”

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“Sim. À segunda-feira recebo 5 €. Mas o que é isso 5 €? Esse dinheiro não dá para nada.”

10. Se sim, o que faz com ele?

“ Com o dinheiro que a instituição me dá, compro alguns lanches e tabaco. Também gasto esse dinheiro para tomar alguns cafés.”

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“ Não, nunca pedi antes. Eu trabalhava nas feiras com a minha mulher e por isso nunca precisei de pedir.”

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

“Porque preciso. Também quando peço é com educação. As pessoas costumam dar 55 cêntimos ou 1 €.”

ENTREVISTA 5

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“Estou cá há 1 ano, entrei a 09 de agosto de 2013.”

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“Não gosto deste ambiente. Antes de vir para cá, eu estava numa instituição em Olhão. Eu gostava mais de estar lá porque tinha rapazes e raparigas da minha idade. Com eles eu jogava à bola e fazia outras atividades. Sinto-me triste em estar aqui mas, por causa dos meus pais e por não ter conseguido arranjar trabalho, tive que vir.”

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“Ocupo o meu tempo a trabalhar no jardim da instituição. Para além disso, também jogo boccia.”

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“As relações são más e boas. Gosto de alguns funcionários mas de outros não.”

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“Não recebo visitas, mas vou a casa no Natal, na passagem de ano e na Páscoa. Às vezes, a minha avó telefona-me para falar comigo. O meu pai só me telefonou uma vez desde que cá estou.”

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“Não sinto muito apoio por parte da minha família a não ser da minha avó. Ela diz-me que é minha avó, madrinha e mãe. Sinceramente ela é a pessoa que mais gosto,

mais até do que a minha própria mãe. A minha mãe batia-me muito quando eu era pequenino. Não gosto muito dela.”

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“ Eu nunca peço dinheiro às pessoas que passam na rua. As duas únicas vezes que pedi foi aos meus colegas e já lhes paguei.”

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

“ Na altura em que pedi dinheiro aos meus colegas, fi-lo para fazer alguns telefonemas e tomar um descafeinado.”

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“ A instituição dá-me 5 €, à segunda-feira e sexta-feira, mas este dinheiro é pouco para algumas coisas que eu quero.”

10. Se sim, o que faz com ele?

“ Compro uns lanches, pois gosto de comer algumas coisas diferentes de vez em quando. Com esse dinheiro aproveito também para tomar alguns descafeinados.”

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“ Nunca precisei de pedir dinheiro antes. Na outra instituição, nunca necessitei de pedir aos meus colegas como já aconteceu aqui.”

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

“ Quando pedi, fi-lo porque não tinha mesmo dinheiro e precisava.”

ENTREVISTA 6

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“ Mais ou menos há 39 anos. Eu vim da Casa de Saúde de S. João de Deus, em Barcelos, para esta casa.”

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“ É mais ou menos. Já gostei mais do ambiente e de cá estar.”

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“ Para ocupar o meu tempo, costumo fazer limpezas na instituição. Fora disso, passo os dias a cantar para passar o tempo.”

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“ As relações já foram melhores. Sinto que os funcionários desta casa gozam connosco. Apercebo-me que falam de nós baixinho, parecem galinhas a esgravatar. Mas quando me dou conta destas situações eu respondo-lhes sem medo. Para além de não gostar dos funcionários, não gosto deste diretor. Quando queremos alguma coisa da parte dele, nunca está disponível. Não gosto nada desta atitude. Não gosto que me gozem. Ele tem de me tentar responder na hora e não andar sempre a adiar.”

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“ Recebo a visita da minha irmã. Gosto muito quando ela cá vem.”

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“ Ela ajuda-me muito. É bom sentir o apoio dela.”

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“ O dinheiro faz falta a toda a gente. Só peço dinheiro ao diretor não peço a outras pessoas. Se me oferecerem dinheiro, aceito mas pedir a outras pessoas, isso não. Eu sei que há muitos colegas meus que pedem, mas eu não o faço.”

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

Não se aplica.

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“ A instituição dá-me 20 € por semana, mas isso não chega. Eles dizem que sou o que recebe a semanada mais alta, mas mesmo assim para mim é pouco.”

10. Se sim, o que faz com ele?

“ Compro tabaco, produtos higiénicos e tudo o que me faz falta.”

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“ Nunca na minha vida pedi dinheiro e não é agora que o vou fazer.”

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

Não se aplica.

ENTREVISTA 7

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“Estou na instituição há 29 anos.”

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“O ambiente da instituição é acolhedor e muito bom, consigo socializar com os meus colegas e com os funcionários da instituição.”

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“Sou empregado do bar desta casa há cerca de 19 anos. Para além do bar, onde passo a maior parte do meu tempo, tenho outras ocupações mínimas mas nada de muito importante.”

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“As relações são boas. Dou-me bem com os funcionários e colegas da instituição.”

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“Os meus familiares vêm-me visitar à instituição três a quatro vezes por ano. Antigamente, eu ia passar os fins de semana a casa mas, há 19 anos, que não vou. Penso que a minha família está ressentida e tem vergonha de mim pois, há 19 anos atrás, meti-me na droga. Embora já lá vão muitos anos, acho que ainda não estão preparados para que eu vá novamente a casa.”

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“ Os meus familiares são muito importantes no meu processo de recuperação. Quando me vêm visitar, costumamos ir passear e aproveitamos para pôr a conversa em dia. Também me deixam 20 €, o que é bom.”

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“ Há 15 anos atrás cheguei de facto a pedir dinheiro mas, desde que comecei a trabalhar no bar da instituição, nunca mais o fiz. Hoje, consigo gerir o meu dinheiro pelo que não tenho necessidade de pedir.”

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

“ Na altura em que pedia dinheiro, fazia-o para comprar lanches, tabaco, mas sobretudo para droga. Há 19 anos atrás, eu ia passar os fins de semana fora da instituição e era nessa altura que comprava a droga e me injetava. Nunca me droguei na instituição, mas sentia-me descompensado durante a semana. Felizmente, com a ajuda da instituição, que se foi apercebendo da situação, consegui deixar a droga. Hoje sou um homem melhor.”

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“ Sim. A instituição dá-me 64 €, por trabalhar no bar, mais 5 € por semana da minha reforma.”

10. Se sim, o que faz com ele?

“ Com esse dinheiro, compro coca-colas e tabaco. Às vezes, também gasto esse dinheiro a comprar algumas coisas que gosto, por exemplo rádios para ouvir música.

Normalmente, consigo ficar com algum dinheiro mas, quando os meus colegas me pedem, acaba por não sobrar. Mas eles depois pagam-me.”

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“Antes de vir para cá, nunca precisei de pedir porque trabalhava mas, depois, o meu estado de saúde foi-se deteriorando e então comecei a pedir.”

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

“ Por causa da droga”.

ENTREVISTA 8

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“Estou nesta casa há cerca de seis ou sete anos.”

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“O ambiente da instituição é bom e bastante agradável. Por isso, gosto bastante de cá estar.”

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“Trabalho numa das unidades de cá da casa, varro os quartos e passo a pano. Trabalho todos os dias e recebo dinheiro por isso. Fico muito contente.”

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“As relações são muito boas entre os funcionários e os colegas, até porque quem se porta mal vai para uma sala, mas eu dou-me bem com todos e comporto-me bem. Por isso, nunca fui para essa sala.”

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“Tenho visitas dos meus familiares de quinze em quinze dias.”

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“Sinto muito apoio por parte dos meus familiares. Quando eles me vêm visitar, vamos até ao café lanchar. Antes de irem embora, deixam-me alguns cigarros.”

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“Eu nunca pedi dinheiro a ninguém. Nunca pedi. Trabalho e gosto daquilo que

faço, por isso, nunca pedi nem quero pedir dinheiro a ninguém. Parece mal pedir dinheiro aos outros.”

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

Não se aplica.

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“ A instituição dá-me 5 € ao fim de semana e esse dinheiro dá-me para as coisas que eu quero.”

10. Se sim, o que faz com ele?

“ Por norma, compro bolos, sumos, cigarros e outras coisas quando o dinheiro chega.”

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“Antes de vir para cá, nunca pedi dinheiro. Eu trabalhava e não precisava de pedir.”

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

Não se aplica.

ENTREVISTA 9

1. Tem ideia de há quanto tempo se encontra institucionalizado na Casa de Saúde de S. José?

“ Antes de vir para a Casa de Saúde de S. José, estive na Casa de Saúde de S. João de Deus, em Barcelos. No total já estou internado há 29 anos.”

2. Como caracteriza o ambiente da instituição?

“ O ambiente da instituição é bom e agradável, por isso, gosto de cá estar.”

3. De que forma ocupa o seu tempo no estabelecimento?

“ Por norma, ajudo na copa, e por o fazer recebo 10 € por mês. De resto, ocupo o tempo a passear e a conversar com os colegas e funcionários da casa.”

4. Como descreve as relações que estabelece na Casa de Saúde de S. José?

“ As relações são boas. Gosto dos enfermeiros, médicos, empregadas de limpeza e dos colegas da instituição.”

5. Recebe visitas frequentes dos seus familiares?

“Não recebo visitas. Já há muitos anos que não vou à minha terra e a minha família também não se importa de vir cá.”

6. Sente apoio dos seus familiares no seu processo de recuperação?

“ Os meus familiares não me visitam, mas pelo menos ligam para cá para saber como estou. Isso para mim é importante.”

7. Quanto ao facto de pedir dinheiro a terceiros, porque sente necessidade de o fazer?

“Peço dinheiro porque o que tenho é pouco e, como gosto de comprar algumas coisas, sujeito-me a pedir.”

8. Quando as pessoas lhe oferecem dinheiro o que costuma fazer com ele?

“Por norma, com esse dinheiro, compro tabaco e aproveito para tomar alguns cafés e beber cervejas.”

9. A instituição atribui-lhe mensalmente/semanalmente algum valor monetário?

“A instituição dá-me 10 €, mas esse dinheiro é pouco e tenho que pedir.”

10. Se sim, o que faz com ele?

“Costumo, compro tabaco e aproveito para beber cervejas e umas gasosas.”

11. Antes de ingressar na instituição já tinha como hábito pedir dinheiro a terceiros?

“Antes de vir para cá, não precisava de pedir dinheiro. Trabalhava no campo e o dinheiro chegava.”

12. Se sim, quais os motivos que o levava a fazê-lo?

Não se aplica.

13. Se nunca pediu dinheiro antes, o que o levou a fazê-lo agora que se encontra na instituição?

“Peço dinheiro porque me faz falta. Os 10 € que a instituição me dá é pouco, acabam depressa e preciso de pedir.”

ENTREVISTA AOS TÉCNICOS

ENTREVISTA 10

1. Há quanto tempo trabalha na Casa de Saúde de S. José?

“ Trabalho na instituição há 14 anos, desde 2001.”

2. Quais os aspetos positivos e negativos, de trabalhar numa instituição que apoia indivíduos com transtornos mentais?

“ Trabalhar numa instituição que apoia indivíduos com transtornos mentais é positivo, desde logo, porque nos deixam trabalhar na casa deles e com eles. Para além disso, é um motivo de satisfação poder trabalhar numa instituição que se rege por valores e princípios com os quais me identifico. Trabalhar numa Instituição Particular de Solidariedade Social, como é a Casa de Saúde de S. José, é muito positivo pois a gestão financeira não visa o lucro mas sim o bem-estar dos utentes. Por isso, a instituição capacita a sua gestão financeira com a finalidade de conseguir o melhor para os doentes. No que respeita aos fatores negativos, não posso dizer que haja muitos, uma vez que não me causa qualquer tipo de pressão trabalhar com estes indivíduos. O que de facto me preocupa é a indecisão que há em relação à área da saúde mental, pois não há rumo para este setor. Tenho medo que se enverede por um rumo fundamentalista contra a institucionalização. Para mim isso é um erro crasso. Devemos fazê-lo sim mas, em que haja de facto respostas comunitárias. É também importante programar e calendarizar a desinstitucionalização.”

3. Qual a principal dificuldade que sente no exercício da sua profissão?

“ A maior dificuldade que sinto, no exercício da minha profissão, é manter o equilíbrio financeiro com a realidade financeira do setor da saúde mental. Não é fácil manter a qualidade da instituição quando os funcionários, por exemplo, já não são

aumentados há muitos anos. Contudo conseguimos motivar as equipas para que estas trabalhem da melhor forma possível com os nossos utentes.”

4. Como descreve a relação que tem com os doentes no estabelecimento?

“ Uma relação complicada. Não consigo simplesmente ter uma relação empática com os doentes, tenho também de amizade. Por exemplo, uma altura um utente entrou pela secretaria da instituição, completamente desequilibrado, a gritar o meu nome. Só depois de ouvir a minha voz e os meus conselhos é que se conseguiu acalmar. Para mim isto não é uma relação empática mas sim de amizade. Para lhe ser franco não sei até que ponto esta relação poderá ser saudável para ele, uma vez que me preocupa a ideia de ele ter uma crise e eu não estar presente para o acalmar. Porém, a equipa está a trabalhar com ele no sentido de melhorar a situação. Ainda no que respeita à relação que estabeleço com os doentes, posso dizer-lhe que sei exatamente quando eles me podem ver ou não. Tanto me adoram como me odeiam. Na maioria das vezes, a reação que eles têm para comigo é determinada pelo facto de recebem dinheiro ou não.”

5. Alguma sofreu algum tipo de violência por parte dos doentes?

“ Sim, violência verbal. Quando as coisas não correm para o lado deles a reação que têm comigo não é a melhor.”

6. De que forma os doentes da instituição ocupam o seu tempo?

“ A Casa de Saúde de S. José apresenta atividades para que os utentes possam ocupar o tempo. A ergoterapia é o local onde os doentes mais autónomos passam a maioria do tempo. A vertente ergoterápica faz com que os utentes desenvolvem atividades no refeitório, bar, lavandaria e no jardim da instituição. Os doentes são gratificados pelo seu trabalho. Para além da vertente ergoterápica, a instituição tem

ateliers ocupacionais para aqueles doentes que apresentam um grau de incapacidade maior. Nestes, os utentes desenvolvem atividades manuais mas, não recebem qualquer tipo de gratificação. Os utentes não são obrigados a participar nestas atividades. Porém, todos os que participam envolvem-se apenas nas que mais gostam.”

7. Na sua opinião, as atividades desenvolvidas para os utentes ocuparem o tempo, são as mais adequadas?

“ As atividades ergoterápicas são boas. Pretendemos essencialmente melhorar os ateliers ocupacionais.”

8. Porque é que acha que os doentes sentem necessidade de pedir dinheiro a terceiros?

“ Já tenho pensado muito nisso. Quando penso nesta situação vêm-me muitas coisas à cabeça. Estes utentes pedem porque sentem necessidade de consumir mas, não conseguem gerir o dinheiro. No fundo eles têm as mesmas necessidades que as restantes pessoas da sociedade. A diferença é que os demais indivíduos têm a possibilidade de pedir créditos bancários para satisfazer os seus desejos. Estes doentes fazem exatamente o mesmo mas, ao invés de pedir a um banco pedem a terceiros. Por outro lado, eu penso que embora a instituição lhes dê tudo o que pode, pedir dinheiro é para eles um de refúgio.”

9. Alguma vez existiu algum tipo de tumulto entre os doentes e pessoas terceiras por causa dessa situação?

“ Várias vezes. Se as pessoas não lhes derem dinheiro são mal educados.”

10. Se sim, como resolveram o problema?

“ Quando nos apercebemos da situação intervimos de imediato, pedimos desculpa à pessoa e posteriormente falamos com o utente. Por norma, aplicamos-lhes reforços negativos.”

11. A instituição concede habitualmente dinheiro aos doentes?

“ Sim, tendo em conta as capacidades e necessidades dos utentes, estipula-se um valor monetário o qual é negociado entre o doente e o enfermeiro da unidade.”

12. Se sim, sabe onde é que os doentes o gastam?

“ Nos bares da redondeza e nos negócios entre eles.”

ENTREVISTA 11

1. Há quanto trabalha na Casa de Saúde de S. José?

“ Trabalho na instituição há 10 anos, sendo que desde 2007 sou coordenadora da residência de vida protegida.”

2. Quais os aspetos positivos e negativos, de trabalhar numa instituição que apoia indivíduos com transtornos mentais?

“ Embora seja uma área muito exigente é uma área que me fascina. Gosto de trabalhar a reabilitação psicossocial dos utentes para que os mais autónomos sejam reabilitados ao máximo e aumentem as suas capacidades, e para que os mais dependentes não percam as competências que ainda têm. Para além disso, tento que o meu trabalho não seja apenas com os doentes mas, também com as famílias. Ao trabalhar desta forma apercebo-me que alguns doentes poderiam estar em casa. No entanto, a inexistência de retaguarda familiar leva à sua institucionalização. Embora trabalhe com os utentes no contexto hospitalar também consigo fazê-lo fora, uma vez que organizamos passeios e outro tipo de atividades. É muito bom poder estar com eles fora desse contexto pois dão-se a conhecer melhor. Às vezes gostaria que alguns doentes fossem até casa pois manifestam essa vontade. Porém, a falta de retaguarda familiar faz com que isso não seja possível. Estas situações são as que mexem mais comigo, pois não tenho outra alternativa a não ser que fiquem cá. Aqui sabemos que estão bem e em segurança.”

3. Qual a principal dificuldade que sente no exercício da sua profissão?

“ A principal dificuldade é quando os utentes querem ir a casa, em determinadas alturas, mas não vão porque não há retaguarda familiar. Algumas famílias não se mostram disponíveis para estar com os doentes. No entanto, outras por muito que queiram estar com os familiares não conseguem, uma vez que apresentam várias limitações, sendo arriscada a ida do utente a casa. Lembro-me de um utente querer ir a casa, pois adorava estar com a mãe. No entanto, para além das limitações sócio-económicas desta, a casa não apresentava as mínimas condições de habitabilidade. Para além disso, esta senhora, tinha graves problemas de saúde.”

4. Como descreve a relação que tem com os doentes no estabelecimento?

“ No geral a relação é boa, sem dúvida. Contudo, a relação que tenho com os sete utentes da estrutura que coordeno é muito mais de amizade que profissional. Quando os meus filhos nasceram pediram à monitoria da residência para me irem visitar.”

5. Alguma vez sofreu algum tipo de violência por parte dos doentes?

“ Sim, violência verbal. Os nossos utentes não sabem ouvir um não. Por isso, quando as coisas não são como eles querem reagem mal.”

6. De que forma os doentes da instituição ocupam o tempo?

“ Alguns doentes ocupam o seu tempo nos altiers ocupacionais e outros na jardinagem, barbearia, copa etc. Claro que há sempre alguns que preferem não fazer nada.”

7. Na sua opinião, as atividades desenvolvidas para os doentes ocuparem o tempo, são as mais adequadas?

“ Sim. Para o tipo de utentes que temos estas atividades são as mais adequadas. Tendo em conta as atividades que a instituição oferece, tentamos perceber qual a atividade que o utente pretende desenvolver.”

8. Porque é que acha que os doentes sentem necessidade de pedir dinheiro a terceiros?

“ Os nossos utentes nunca estão satisfeitos com o que têm. Acham que nunca lhes damos o suficiente. A maior parte dos doentes que pedem têm poucas capacidades e juízo crítico.”

9. Alguma vez existiu algum tipo de tumulto entre os doentes e pessoas terceiras por causa dessa situação?

“ Que eu tenha conhecimento não. As pessoas apercebem-se e entendem”.

10. Se sim, como resolveram o problema?

Não se aplica.

11. A instituição concede habitualmente dinheiro aos doentes?

“ Sim, concede dinheiro semanalmente. No entanto, quando os utentes precisam para despesas pessoais a instituição também lhes atribuiu dinheiro.”

12. Se sim, sabe onde é que os doentes o gastam?

“ No café, tabaco, lanches e nos negócios entre eles.”

ENTREVISTA 12

1. Há quanto trabalha na Casa de Saúde de S. José?

“ Trabalho na Casa de Saúde de S. José há 1 ano.”

2. Quais os aspetos positivos e negativos, de trabalhar numa instituição que apoia indivíduos com transtornos mentais?

“ Quando cá cheguei não tinha muita experiência mas, fui muito bem acolhida e adaptei-me facilmente. Claro que, a integração também foi mais fácil por esta ser uma área que me fascina. Gosto de interagir diariamente com os utentes, eles conhecem-nos muito bem e nós a eles. Por norma, trabalhamos com a porta do gabinete aberta para que a relação entre nós e os utentes seja mais próxima. Para além disso, também gosto de trabalhar com as famílias dos nossos utentes e os seus meios envolventes. O facto de trabalharmos desta forma faz com que seja possível manter os laços afetivos entre as famílias e os utentes, embora nem sempre seja fácil. A verdade é que graças à forma como trabalhamos conseguiremos, por exemplo, que o pai e um utente nosso se reencontrem passados anos. No entanto, trabalhar nesta área é bastante stressante.”

3. Qual a principal dificuldade que sente no exercício da sua profissão?

“ O que me custa mais é saber que temos utentes que não têm visitas nem telefonemas por parte dos familiares. Tenho noção que algumas famílias estão cansadas e precisam de tempo e espaço para elas mas, outras famílias não querem simplesmente saber do familiar. O principal interesse de algumas famílias é simplesmente o dinheiro do nosso doente.”

4. Como descreve a relação que tem com os doentes no estabelecimento?

“ De uma forma geral a relação é boa. Mas há alguns utentes com quem tenho mais afinidade, isto porque eles próprios fazem com que assim seja. Muitos deles estão sempre disponíveis para nos ajudar em tarefas simples.”

5. Alguma vez sofreu algum tipo de violência por parte dos doentes?

“ Sim, violência verbal. Esta situação verifica-se com alguma frequência, principalmente quando os nossos utentes não estão nos dias deles e nós os contrariamos.”

6. De que forma os doentes da instituição ocupam o tempo?

“ De várias maneiras. Alguns doentes ocupam o tempo nos ateliers ocupacionais outros, porém, ajudam na barbearia, no refeitório e até mesmo nos jardim da instituição.”

7. Na sua opinião, as atividades desenvolvidas para os doentes ocuparem o tempo, são as mais adequadas?

“ Tendo em conta a população alvo com que trabalhamos estas atividades são as mais adequadas.”

8. Porque é que acha que os doentes sentem necessidade de pedir dinheiro a terceiros?

“ Eles nunca estão satisfeitos, e para além disso não tem capacidade para gerir o dinheiro, talvez por isso peçam constantemente. Para alguns pedir já é um acto mecânico.”

9. Alguma vez existiu algum tipo de tumulto entre os doentes e pessoas terceiras por causa dessa situação?

“ Não acontece com muita regularidade. Desde que cá estou apenas soube que um utente já forçou a outra pessoa a dar-lhe dinheiro.”

10. Se sim, como resolveram o problema?

“ Por norma, quando nos apercebemos agimos de imediato. No entanto, quando sabemos posteriormente também aplicamos medidas. Em ambas as circunstâncias a equipa reúne e aplica medidas pedagógicas.”

11. A instituição concede habitualmente dinheiro aos utentes?

“ Sim, concede as semanadas.”

12. Se sim, onde é que os doentes o gastam?

“ Por norma gastam esse dinheiro em café, tabaco, lanches e nos negócios entre eles.”